

BEITRAG ZUR KLINIK UND ÄTIOLOGIE DER
CHRONISCHEN URTICARIA

VON

HANS-JOSEF SCHMITT

1962

BEITRAG ZUR KLINIK UND ÄTIOLOGIE DER
CHRONISCHEN URTICARIA

(Katamnestische Erhebungen an dem Beobachtungsgut der Hautklinik
aus den Jahren 1951 - 1959)

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der

Johannes Gutenberg-Universität Mainz



vorgelegt von

HANS-JOSEF SCHMITT

aus Koblenz

1962

Dekan: Prof. Dr. med. H. Bredt
Referent: Prof. Dr. med. O. Braun-Falco
Korreferent: Prof. Dr. med. E. Keining
Tag der mündl. Prüfung: 14. XI. 1962

GESAMTHERSTELLUNG:

DITTERS BÜRODIENST, MAINZ, Augustinerstraße 64-66

MEINER MUTTER

IN DANKBARKEIT GEWIDMET



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554408_0039

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

I. Allgemeines	1
Abgrenzungen zum Thema	1
Angewandte Richtlinien zur Verarbeitung des Krankengutes	2
II. Das klinische Krankheitsbild der chronisch recidivierenden Urticaria	2
1. Altersdisposition	2
Bei den in der Literatur beschriebenen Fällen	
Bei den in der hiesigen Hautklinik behandelten Fällen	
2. Geschlechtsdisposition	4
Bei den in der Literatur beschriebenen Fällen	
Bei den in der hiesigen Hautklinik behandelten Fällen	
3. Vererbung	4
Bei den in der Literatur beschriebenen Fällen	
Bei den in der hiesigen Hautklinik behandelten Fällen	
4. Jahreszeitliche Bedingtheit	6
Bei den in der Literatur beschriebenen Fällen	
Bei den in der hiesigen Hautklinik behandelten Fällen	
5. Ätiologie und Pathomechanismus	6
Bei den in der Literatur beschriebenen Fällen	
Bei den in der hiesigen Hautklinik behandelten Fällen	
a) durch Fokalinfekt	7
b) durch endokrine Störungen	14
c) durch Leber-Galle- und Stoffwechselstörungen	18
d) durch gastro-intestinale Störungen	19
e) durch Infestation	27
f) durch neuro-vegetative und psychische Störungen ...	30
g) durch Wärme - Kälte - Schweiß	35
6. Beschwerden	38

	Seite
7. Klinische Untersuchungsmethoden	39
8. Diagnose	42
9. Therapie	45
10. Prognose	48
III. Exogen-endogene Fälle	49
IV. Ungeklärte Fälle	52
V. Zusammenfassung	52
VI. Literaturangaben	54

I. ALLGEMEINES

Die Urticaria ist in ihrer akuten und chronischen Verlaufsform eine Krankheit, die auch heute noch das ganze Interesse des Dermatologen beansprucht. Bevor wir auf die nähere Erörterung des Themas eingehen, scheint es notwendig zu sein, dem Leser eine Definition der Urticaria zu geben. - Einmal kennen wir urtikarielle Reaktionen, bei denen es bei exogener Applikation urticariogener Faktoren zu Quaddeleruptionen kommt. Hierzu gehören z. B. die von Pflanzen und Tieren produzierten toxischen Substanzen. Diese gelangen meist nach Epidermisverletzungen durch die Pflanzen oder Tiere selbst in die obersten Cutisschichten und bewirken dort Quaddeleruptionen. Hierher gehören die Stoffe, die verschiedene Insekten (Wanzen, Flöhe, Ameisen) durch Stich oder Biß in die Haut bringen. Ferner sind hier auch die Blätter der Nessel (*Urtica urens*) zu nennen, nach der die Nesselsucht ihren Namen erhalten hat. Da diese Faktoren unter vollkommen normalen Verhältnissen jederzeit zur Auslösung der Hauterscheinungen dienen können, scheiden sie, wenn die Urticaria als selbständiges Krankheitsbild gemeint ist, aus. Grundsätzlich sollen daher diejenigen Fälle von Urticaria abgegrenzt werden, bei denen die urticariogenen Substanzen bei interner Applikation, d. h. auf dem Blutweg an die Haut herangebracht, Urticaria bewirken. Diese zuletzt genannten Fälle stellen die eigentliche Krankheit dar, bei der eine akute und eine chronische Verlaufsform unterschieden werden kann. Unter den akuten Fällen sollen einmal diejenigen aufgeführt werden, bei denen nach Aufnahme von bestimmten Nahrungsmitteln (z. B. Erdbeeren, Tomaten, Milch) sich ein Urticariashub einstellt. Diese Fälle sind anamnestisch leicht zu erkennen, ätiologisch durch die Anamnese zu erfassen und nach Elimination der betreffenden Nahrungsmittel definitiv zur Abheilung zu bringen. Auch die medikamentösen Urticariaerkrankungen, wie sie z. B. nach Serum- und Penicillininjektionen oder der Einnahme von Tabletten verschiedener Zusammensetzung auftreten, sind meistens leicht aufzuklären und therapeutisch anzugehen. - Unter den chronischen Fällen sollen diejenigen aufgeführt werden, die z. B. durch Magen-Darm-Störungen oder pathologische Stoffwechselprodukte ausgelöst werden und länger als vier Wochen dauern.

So einfach in allen Fällen für den behandelnden Arzt die Diagnose an Hand der rezidivierenden Quaddeleruptionen, die von starkem Juckreiz begleitet sind, auch sein mag, so schwierig gestaltet sich bis heute, da geeignete klinische Untersuchungsmethoden fehlen, im Einzelfall die ätiologische

Klärung und damit auch die gezielte Therapie. Zwar führen symptomatische Maßnahmen in der Regel zur Besserung. Nach Absetzen der Therapie kommt es aber leider allzu häufig zu Recidiven und erst die Erkennung und Behandlung der im Einzelfall sehr unterschiedlichen auslösenden Ursachen führt zu dauernder Erscheinungsfreiheit.

Angewandte Richtlinien zur Verarbeitung des Krankengutes

In der folgenden Arbeit soll der Versuch gemacht werden, das klinische Krankheitsbild der chronisch recidivierenden Urticaria darzustellen. Da dies in der Literatur schon seit langem mit Erfolg geschieht, fragt es sich, ob weitere Ausführungen über dieses Thema sich nicht erübrigen. Wir halten diese insofern für berechtigt, weil bisher die chronisch recidivierende Form der Urticaria nur als Hautkrankheit sui generis geschildert wurde. Wir werden versuchen, sie im folgenden als ein Symptom mannigfacher Allgemeinerkrankungen zu beschreiben. Hierzu werden die in den Jahren 1951 - 1959 in der Dermatologischen Universitäts-Klinik in Mainz untersuchten und behandelten Fälle von chronisch recidivierender Urticaria⁺ verarbeitet, die zumindest 8 - 10 Tage stationär aufgenommen wurden.

II. DAS KLINISCHE KRANKHEITSBILD DER CHRONISCH RECIDIVIERENDEN URTICARIA

1. Altersdisposition

Die Angaben über die Altersdisposition bei der c.r. U. sind in der einschlägigen Literatur fast einheitlich. Nach den Erfahrungen von URBACH (54) sind die Altersstufen von 18 - 40 Jahren am stärksten befallen. 13-15% gehören dem 5. und 7-10% dem 6. Lebensjahrzehnt an. BURGESS (6) stellte bei 58 Fällen fest, daß die Mehrzahl der Patienten im 20.-40. Lebensjahr stand.

Tabelle I und Ia zeigen die Verteilung der von uns erfaßten 100 Fälle von c.r. U. auf die einzelnen Lebensdekaden.

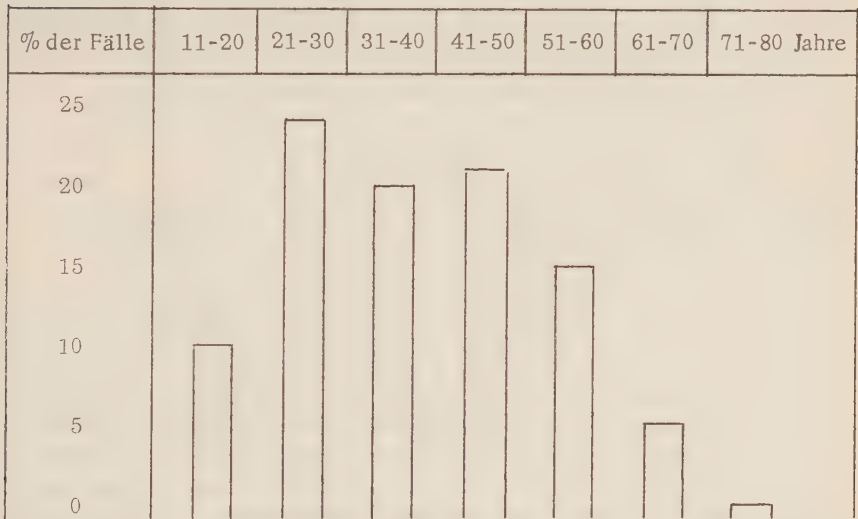
⁺ chronisch recidivierende Urticaria = c.r. U.

Tabelle I

Im Alter von Jahren	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
Prozentzahl	5	9	10	8	9	2	1
Prozentzahl	5	16	10	14	7	3	1

Tabelle Ia

Verteilung der Fälle von c.r. U. auf die einzelnen Lebensdekaden



Dabei zeigt sich, daß die Krankheit zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr häufig vorkommt, und zwar gehören ein Viertel (25%) der Patienten der 3. Lebensdekade, ein Fünftel (20%) der 4. und 22% der Fälle der 5. Lebensdekade an. Dann folgen die 6. Lebensdekade mit 16% und hierauf in ungefähr gleicher Stärke mit 6-10% die 2. und 7. Lebensdekade. Zwischen 70 und 80 Jahren erkrankten nur relativ wenige Menschen (2% der Fälle). Auffällig ist der entgegen URBACH (54) festgestellte hohe Anteil von Urticaria-

kranken in der 6. und 7. Lebensdekade. Ob dieser mit der in den letzten Jahrzehnten angestiegenen höheren Lebenserwartung in einem causalen Zusammenhang steht, kann hier nicht entschieden werden.

2. Geschlechtsdisposition

Bei 600 untersuchten Fällen fanden FINK und JAY (17) 71% männliche (♂) und 29% weibliche (♀) Patienten. Fast zu dem gleichen Ergebnis bei ihren Patienten kamen STOKES et al. (50) (33% männl., 66% weibl.). Dies würde bedeuten, daß Frauen anderthalb bis doppelt so häufig an c. r. U. erkranken wie Männer.

Übereinstimmend mit amerikanischen Autoren (49) zeigte unser Krankengut, daß Frauen zwischen 20. und 40. Lebensjahr besonders häufig betroffen sind (10-16% der Fälle). Der männliche Anteil beträgt dagegen nur 8-10% (siehe Tabelle II). Insgesamt beträgt der Anteil männlicher Patienten 44% der Fälle gegenüber 56% der Fälle weiblicher Patienten.

Tabelle II

Geschlecht	Prozent- zahl	Allergische Erkrankung. i. d. Fam.- Anamnese i. % d. Fälle	Allergische Erkrankung. in d. Eigen- anamnese i. % d. Fälle	Vorkommen von c. r. U. in der Fam.- Anamnese
männl.	44	1	1	3
weibl.	56	1	3	5
Summe.	100	2	4	8

3. Vererbung

Die Vererbung spielt bei allen Formen der Urticaria eine gewisse Rolle. Urticaria, Nesselschüppfen, Ekzem, Asthma bronchiale und andere allergische Erkrankungen werden oft in der Familienanamnese und Eigenanamnese von Patienten angegeben.

So berichtet LUNDBAEK (35) über ein familiäres Oedema Quincke in vier Generationen, das bei neun Personen in Erscheinung trat. WALDBOTT (57) fand an 158 Urticariakranken in 84% allergische Erkrankungen in der Eigenanamnese und in 68% allergische Erkrankungen in der Familienanamnese (gegenüber 4% bzw. 18% bei Nichtallergikern).

Die Rolle der Vererbung der chronisch recidivierenden Urticaria wird in der Literatur nur wenig untersucht und ist dort umstritten (22). Zwar konnten STEINHARDT et al. (49) unter den von ihnen untersuchten Fällen in 31% eine familiäre Vorbelastung feststellen, da hierunter aber nicht nur die Fälle c.r.U., sondern auch die akuter und akut-intermittierender Urticaria allergischer Genese zusammengefaßt werden, sind diese Angaben nur bedingt zu verwerten.

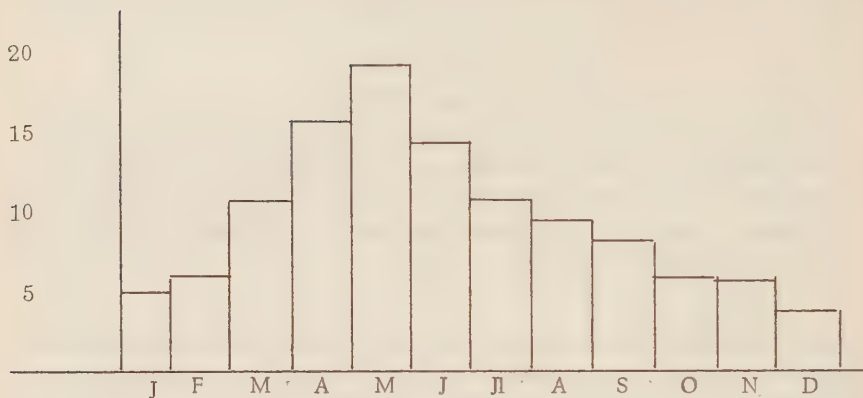
Aus der Tabelle II ist zu ersehen, daß nur in 2% der Fälle unseres Krankengutes allergische Erkrankungen in der F. A. festgestellt werden konnten. Dies scheint uns ein Hinweis für die nichtallergische Kausalgenese (siehe S. 6 ff) zu sein. Da immerhin bei 10% der Fälle in der Familienanamnese das Vorkommen von c.r.U. nachgewiesen werden konnte, glauben wir daraus schließen zu dürfen, daß nur eine gewisse Disposition für die c.r.U. vererbt werden kann.

4. Jahreszeitliche Bedingtheit

Ähnlich wie bei der akuten und akut-intermittierenden Urticaria läßt sich auch bei der c.r.U. eine jahreszeitliche Bedingtheit feststellen. Hierbei wurden neben dem Zeitpunkt der stationären Behandlung die anamnestischen Angaben über besonders häufiges Auftreten der recidivierenden Quaddeleruptionen während des Jahres berücksichtigt. Es ergab sich das in Tabelle III aufgezeichnete Bild, das zeigt, daß 70% der Fälle in die Monate März bis Juli fallen. Somit erscheinen Frühjahr (45% der Fälle) und Sommeranfang (25% der Fälle) als Prädilektionszeiten. 18% der Fälle entfallen auf den Hochsommer und den Herbst. Die übrige Jahreszeit ist kaum von Bedeutung.

Tabelle III

Jahreszeitliche Bedingtheit



5. Ätiologie und Pathomechanismus

Wie anfangs betont, ist es oft sehr schwierig, die Ursache der c.r.U. festzustellen, da bis heute keine geeigneten klinischen Untersuchungsmethoden zur Verfügung stehen. In der Literatur der letzten Jahre (13, 31, 32, 40, 41, 42, 47) werden hauptsächlich folgende als sicher und wahrscheinlich in Frage kommende ätiologische Faktoren für das Zustandekommen der c.r.U. diskutiert:

- a) Manifestation der c.r.U. durch einen Fokalinfekt;
- b) Manifestation der c.r.U. durch endokrine Störungen;
- c) Manifestation der c.r.U. durch Leber-Galle- und Stoffwechselstörungen;
- d) Manifestation der c.r.U. durch gastro-intestinale Störungen;
- e) Manifestation der c.r.U. durch Infestation;
- f) Manifestation der c.r.U. durch neuro-vegetative und psychische Störungen;
- g) Manifestation der c.r.U. durch Wärme - Kälte - Schweiß.

Im folgenden sollen die Ätiologie und der dabei wirksame Pathomechanismus im Vergleich mit den Ergebnissen in der Literatur untersucht und - soweit dies im Einzelfall möglich ist - geklärt werden. Hierbei läßt sich eine eingehende Schilderung der einzelnen Fälle nicht vermeiden, da, wie anfangs betont,

die chronisch recidivierende Form der Urticaria oft nur ein Symptom der verschiedensten Erkrankungen darstellt. Die dabei angegebenen klinischen Untersuchungsergebnisse werden in einem gesonderten Teil dieser Arbeit ausgewertet.

ad a) Bereits um 1900 beschäftigte sich DELBANCO (9) mit dem Problem der Fokalinfection in der Dermatologie. Gerade die chronisch recidivierende Form der Urticaria wird immer wieder als Focuskrankheit genannt. - Die Bedeutung bakterieller Produkte aus Infektionsherden als ätiologischer Faktor ist heutzutage sehr umstritten. Während STOKES et al. (50) in 43% der von ihnen behandelten Fälle nach Herdsanierung die c.r. U. definitiv zur Abheilung bringen konnten, weisen FLECK (13) und UNGER (53) darauf hin, daß nach Erfahrungen der Berliner Charité Herdsanierungen durch Zahnextraktion oder Tonsillektomie z. B. ohne Einfluß auf die c.r. U. blieben. Als Sitz der Fokalinfection kamen in unserem Krankengut in Betracht:

Chronische Tonsillitis	9 mal = 39,1 %
Zahngranulome, avitale Zähne	5 mal = 21,7 %
Anginen	3 mal = 13,0 %
Cholecystitis	2 mal = 8,7 %,

außerdem Appendicitis, Prostatitis, Adnexitis und Vulvaekzem je 1mal = 17,5 %.

Als Erreger kommen (nach FLECK) nur bestimmte Streptococcen (*Streptococcus haemolyticus*, *Strept. viridans*, *Strept. longus*), vielleicht noch *Staphylococcen* in Frage.

Manifestation der c.r. U. durch chronische Tonsillitis

Fall Nr. 1: Herr D. H., 26-jährig, F. A. und E. A. ohne Befund.

Jetzt: Seit 2 Monaten rote, stark erhabene Quaddeln an verschiedenen Stellen des Körpers.

Befund intern: RR 130/80 mm Hg; subacide Gastritis; Struhlstreifen; Oxyureneier.

Therapie und Verlauf: Auf der Focussuche ergab sich bei der fachärztlichen Untersuchung in der HNO-Klinik eine chronische Tonsillitis. Nach dort ausgeführter Tonsillektomie blieb der Patient erscheinungsfrei.

Fall Nr. 2: Frau K. M., 31-jährig.

Jetzt: Seit 2 Jahren treten rote, etwas erhabene Flecken auf, die stark

jucken und rasch wieder verschwinden. Die Patientin kann selbst keine Ursache angeben.

Befund intern: RR 100/70 mm Hg; Blutbild: 14300 Leucocyten, sonst unauffällig; BSG nach Westergren mit 29/54 mm beschleunigt.

Therapie und Verlauf: Diätetische Maßnahmen und symptomatische Behandlung sine effectu. In der HNO-Klinik wurde eine chronische Tonsillitis festgestellt und die Tonsillektomie ausgeführt. Daraufhin deutlicher Rückgang der urticariellen Veränderungen an der Haut. Häusliche Nachbehandlung mit Omeril.

Fall Nr. 3: Frau G.E., 24-jährig.

Jetzt: Seit 4 Monaten täglich - besonders abends - Auftreten von stark juckenden Flecken, die nach einigen Stunden wieder verschwinden.

Befund intern: RR 130/90 mm Hg; kein krankhafter organischer Befund; die HNO-Klinik stellte eine hochgradige Tonsillitis und ein flaches Rachenpolster fest.

Therapie und Verlauf: Adenotomie und Tonsillektomie führten zu Erscheinungsfreiheit.

Fall Nr. 4: Herr L.W., 21-jährig.

Jetzt: Seit 1/2 Jahr Auftreten von Quaddeln mit starkem Juckreiz im Bereich des Stammes und Kopfes. Zur Zeit der Aufnahme keine pathologischen Hauterscheinungen.

Befund intern: RR 115/75 mm Hg; abgesehen von einer leichten Eosinophilie von 4% normaler Blutstatus; Magensaft: normacide Säurewerte.

Therapie und Verlauf: Nach Ausschluß anderer Möglichkeiten ist eine in der HNO-Klinik festgestellte Tonsillitis als Ursache anzusehen, da eine Tonsillektomie Erscheinungsfreiheit brachte.

Fall Nr. 5: Kind S.W., 13-jährig.

Jetzt: Seit 7 Monaten recidivierende Quaddeleruptionen, die heftig jucken.

Befund intern: RR 120/80 mm Hg; Stuhl auf Wurmeier negativ, ebenso Kälte- und Wärmeversuch. Die HNO-Klinik fand bei der Untersuchung eine ausgeprägte Tonsillitis mit stark zerklüfteten, sowohl Pfröpfe als auch flüssigen Eiter enthaltende Tonsillen.

Therapie und Verlauf: Nach der Tonsillektomie verschwand die Urticaria definitiv.

Fall Nr. 6: Frau M. M., 49-jährig.

Jetzt: Seit einem Monat rotplackige Hauterscheinungen, "so als ob sie in die Brennesseln gefallen sei" am ganzen Körper. Subjektiv: Juckreiz. Befund intern: RR 150/90 mm Hg; Hypacidität des Magensaftes; die HNO-Klinik stellte eine chronische Tonsillitis fest.

Therapie und Verlauf: Nach Magenschonkost und Aufbau einer neuen Darmflora fühlte sich die Patientin subjektiv gebessert, da der Juckreiz kaum noch vorhanden war. Die Hautveränderungen heilten nach Tonsillektomie ab.

Fall Nr. 7: Kind L. R., 17-jährig.

Jetzt: Seit 4 Monaten recidivierende Quaddeleruptionen am ganzen Körper, die stark jucken.

Befund intern: RR 120/80 mm Hg; positiver stark erhabener, roter Dermographismus. Im Blutbild keine Linksverschiebung. Stuhlstreifen ergab Oxyuren. Die HNO-Klinik stellte eine chron. Tonsillitis fest.

Therapie und Verlauf: Nach Tonsillektomie blieb der Patient erscheinungsfrei.

Fall Nr. 8: Frau K. M., 34-jährig.

Jetzt: Seit 3 Jahren fast täglich Juckreiz am ganzen Körper; meist vor dem Juckreiz Rötung und Quaddelbildung.

Befund intern: RR 135/95 mm Hg; verminderte Säureproduktion des Magensaftes. Die HNO-Klinik stellte eine chron. Tonsillitis fest.

Therapie und Verlauf: 3 Tage nach der Tonsillektomie war die Patientin erscheinungsfrei. Zur Nachbehandlung wurden ihr noch Omeril-Tabletten mitgegeben.

Fall Nr. 9: Kind S. W., 18-jährig. F. A.: Eine Schwester leidet an c. c. U.

E. A.: Seit 2 Jahren bestehender Prozeß, der fast täglich, manchmal mit Abständen von 14 Tagen auftritt und zu starken Rötungen und Quaddeleruptionen führt.

Befund intern: Hochgradiger positiver und erhabener Dermographismus; Hyperhydrosis der Hände; die fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab subacide Werte. Die HNO-Klinik stellte eine chron. Tonsillitis fest.

Therapie und Verlauf: Aufbaudiät, symptomatische Behandlung ohne Erfolg. Erst nach Tonsillektomie konnte die Patientin gebessert werden.

Manifestation der c.r.U. durch Zahngranulome

Fall Nr. 10: Herr J.K., 71-jährig.

Jetzt: Vor 2 Jahren im Anschluß an eine Penicillininjektion erstmaliges Auftreten der Quaddeln; seit dieser Zeit alle 4 Wochen Quaddeleruptionen. Befund intern: RR 160/90 mm Hg; Blutbild: 5,1 Mill. Erythr., 106% Hb, 3% Eosinophile. BSG 9/26 mm Jg. HNO-Klinik: Eine chronische Tonsillitis wurde in Anbetracht des Alters nicht entfernt. Zahnklinik: Es wurden 3 Molaren und 1 Wurzelrest beseitigt.

Verlauf: Zur Zeit der Stationierung keine Hauterscheinungen mehr.

Fall Nr. 11: Herr F.J., 68-jährig. E.A.: Wegen Herzleidens invalidisiert. Jetzt: Seit 2 Jahren mit starkem Juckreiz einhergehende Quaddeleruptionen. Außerdem Bläschen und Nässen im Bereich der Innenseite beider Oberschenkel (Diagnose: Lichen ruber).

Befund intern: RR 160/90 mm Hg. Bronchiektatische Veränderungen in beiden Lungenunterlappen; außerdem wurde eine Leberparenchymschädigung im Sinne einer Cirrhose festgestellt. 38,8° Fieber. Die Zahnklinik stellte avitale Zähne fest, die focusverdächtig sind.

Therapie und Verlauf: Behandlung der Bronchiektasien (Expectorantien, Inhalationen), der Lichen-ruber-Effloreszenzen (Teer-Desitin) und der focusverdächtigen Zähne (Zahnextraction). Die Urticaria war schon während der Stationierung definitiv abgeheilt.

Fall Nr. 12: Herr K.J., 44-jährig.

Jetzt: Vor 4 Wochen zum ersten Male an Nesselsucht erkrankt. Seit 14 Tagen erneuter Ausbruch mit besonders starkem Juckreiz morgens und abends. Befund intern: Kein pathologischer Befund. Zahnklinik und HNO-Klinik stellten als auslösende Ursache eine chron. Tonsillitis sowie beherdete Zähne fest.

Therapie und Verlauf: Nach Beseitigung der Foci deutliche Besserung der Hauterscheinungen.

Fall Nr. 13: Frau L.L., 40-jährig. E.A.: Auftreten der Hauterscheinungen vor 2 Jahren. Rückbildung der Erscheinungen nach einer Wurmkur.

Jetzt: Erneutes Auftreten vor 12 Wochen. Trotz Wurmkur, Antihistaminica etc. diesmal keine Rückbildungstendenz der Urticaria.

Befund intern: RR 125/90 mm Hg; subacide Säurewerte des Magensaftes. Die Zahnklinik konnte als Focus bei der Patientin Zahnwurzelreste im rechten Unterkiefer nachweisen.

Therapie und Verlauf: Während der Stationierung Entfernung der Zahnwurzelreste. Die Patientin konnte erscheinungsfrei entlassen werden.

Fall Nr. 14: Frau S.K., 33-jährig. E.A.: Nierenbeckenentzündung, Eierstockentzündung.

Jetzt: Seit 3 Monaten unaufhörlich rote Quaddeln. Abhängigkeit vom Essen nicht feststellbar. Patientin häufig obstipiert.

Befund intern: Kein organisch pathologischer Befund, kein Focus nachweisbar. Gynäkologisch käme evtl. ein alter Adnexprozeß in Betracht.

Therapie und Verlauf: Die Zahnklinik konnte als sicheren Focus das sanierungsbedürftige Gebiß feststellen, nach dessen Versorgung die Patientin erscheinungsfrei entlassen werden konnte.

Fall Nr. 15: Herr H.H., 29-jährig. E.A.: Häufig Anginen; in den letzten Jahren während des Winters öfters Nebenhöhlenentzündung.

Jetzt: Besonders, wenn der Patient an Anginen erkrankt ist, Quaddeleruptationen.

Befund intern: Rotes und weißes Blutbild o.B. Keine Vermehrung der Eosinophilen.

Therapie und Verlauf: 2 Tage nach Behandlung der Angina war der Patient erscheinungsfrei.

Fall Nr. 16: Frau P.M.; 42-jährig. E.A.: Vor 6 Jahren erstmals Quaddeln im Gesicht.

Jetzt: Erst vor 2 Wochen gebessert entlassen. Gleich nach der Entlassung sei es zu einer Halsentzündung und wie früher zu Quaddeleruptationen gekommen.

Befund intern: RR 125/80 mm Hg; BSG mit 15/34 mäßig beschleunigt. Kein krankhafter organischer Befund. Die HNO-Klinik stellte eine chron. Tonsillitis fest. Gaumenbögen und hintere Rachenschleimhaut waren hochrot entzündet und gelblich belegt. Fieber um 38,6° C.

Therapie und Verlauf: Nachdem die Angina mit Penicillin-Präparaten etc. zum Abklingen gebracht werden konnte, verschwanden auch die Erscheinungen seitens der Haut.

Fall Nr. 17: Herr B.W., 27-jährig. F.A.: Mutter leidet ebenfalls an c.r.U. E.A.: Angeblich nie ernstlich krank gewesen.

Jetzt: Seit 14 Tagen gemeinsam mit einer Angina auftretende Quaddeleruptationen, Kopfschmerzen. ,

Befund intern: RR 130/90 mm Hg; BSG 15/38 mm. Blutbild: 11200 Leucocyten, sonst o.B.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung sowie Behandlung der Angina war die Urticaria völlig abgeklungen.

Manifestation der c.r.U. durch Appendicitis

Fall Nr. 18: Frau H.E., 62-jährig.

Jetzt: Seit einem Monat auftretende urticarielle Erscheinungen an der Haut.

Befund intern: RR 160/90 mm Hg; BSG mit 52/87 mm erhöht. Blutbild: Leucocytose (18300), das übrige Blutbild ist unauffällig. Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der Leber und Galle, besonders aber am M.B.

Therapie und Verlauf: 3 Tage nach Appendektomie konnte die Patientin erscheinungsfrei entlassen werden.

Manifestation der c.r.U. durch Cholecystitis

Fall Nr. 19: Frau B.G., 42-jährig. E.A.: Seit 6 Jahren in Behandlung wegen Gallenblasenleidens. Zweimal Gelbsucht.

Jetzt: Gallenblasenbeschwerden - schlimmer als sonst. 8 Tage später stark juckende Quaddeleruptionen am ganzen Körper.

Befund intern: Es wurde eine Cholecystitis diagnostiziert. BSG 66/107 mm; Blutbild: 9600 Leucocyten; Lymphopenie von 3%; Eosinophilie von 13%; Temperatur 39,4°C. Im Stuhl keine Wurmeier nachweisbar.

Therapie und Verlauf: Nach Behandlung der Cholecystitis und symptomatischer Behandlung der Urticaria konnte die Patientin gebessert zur Weiterbehandlung in die Medizinische Klinik überwiesen werden.

Manifestation der c.r.U. bei einem Vulvaekzem

Fall Nr. 20: Frau S.M., 51-jährig. F.A.: Mutter mit 78 Jahren an Zuckerkrankheit (Coma) gestorben. E.A.: Unterleibsentzündung, Ausschabung.

Jetzt: Seit 8 Wochen auftretende Quaddeleruptionen zugleich mit einer entzündlichen Rötung der Vulvaregion. Die Patientin klagt über starken Nachtschweiß.

Befund intern: RR 135/95 mm Hg; bei orientierender internistischer Untersuchung kein pathologischer Befund. Psyche: Wehleidige Patientin, für die die Krankheit zum zentralen Lebensinhalt geworden ist.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung der Urti-

caria und Behandlung des Vulvaekzems ist die Patientin beschwerdefrei. Die chronisch recidivierende Urticaria macht keine Hauterscheinungen mehr.

Manifestation der c.r.U. durch Adnexitis

Fall Nr. 21: Frau S.L., 23-jährig. E.A.: Häufig Anginen.

Jetzt: Seit 4 Monaten recidivierende Quaddeleruptionen, beonders über Nacht.

Befund intern: RR 130/90 mm Hg; rotes und weißes Blutbild unauffällig. Untersuchung des Magensaftes: histaminrefraktäre Anacidität. Stuhluntersuchung auf Wurmeier negativ. Fieber 38,5°C. Gynäkologisch wurde eine linksseitige Adnexitis festgestellt, linkes Ovar cystisch vergrößert.

Therapie und Verlauf: Nach einer Calciocrinkur und Behandlung der Adnexitis war das Hautleiden gebessert. Substitutionstherapie wird fortgesetzt.

Manifestation der c.r.U. durch eine Prostatitis

Fall Nr. 22: Herr S.W., 45-jährig. E.A.: Stationäre Behandlung wegen recidivierender Darmblutungen.

Jetzt: Vor 3 Jahren nach "Ausfluß aus der Urethra" multiple auftretende Urticaria. Patient klagt über Schmerzen im Unterbauch.

Befund intern: RR 100/70 mm Hg; Blutbild: 5,3 Mill. Erythr., 110% Hb., sonst unauffällig. Stuhl auf Wurmeier negativ. Prostata vergrößert tastbar.

Therapie und Verlauf: Nach Behandlung der Prostatitis sowie symptomatischer Behandlung der Urticaria wurde der Patient erscheinungsfrei entlassen.

Manifestation der c.r.U. durch Pansinusitis

Fall Nr. 23: Herr R.W., 34-jährig. E.A.: Stationäre Beobachtung wegen Magen-Darmbeschwerden. Angeblich nie ernstlich krank gewesen.

Befund intern: RR 140/90 mm Hg; Blutbild: 115% Hb., 5,5 Mill.

Erythr., 10 600 Leucocyten, 7% Eosinophile. Stuhl auf Wurmeier negativ.

HNO-Klinik fand bei der Durchuntersuchung eine focusverdächtige Pansinusitis.

Therapie und Verlauf: Nach Behandlung der Pansinusitis sowie symptomatischer Behandlung war der Patient erscheinungsfrei.

Besprechung

Bei den beschriebenen Fällen ist die Ursache der Hauterscheinungen in den umschriebenen bakteriellen Herden zu suchen, die durch fermentative auto- und heterolytische Spaltung des Bakterien- und Zelleiweißes zahlreiche Abbauprodukte bilden. Diese werden resorbiert und gelangen auf dem Blutwege in die Haut, wo sie Hauterscheinungen hervorrufen (26, 22, 36). Von den 23 aufgeführten Fällen, konnten nach Beseitigung des Focus 6 Patienten gebessert und 17 Patienten erscheinungsfrei entlassen werden. Damit scheint uns zumindest bei letzteren der Zusammenhang mit der chronisch recidivierenden Urticaria gesichert zu sein. Während bei den Fällen 15-23 die Patienten durch Angaben subjektiver Beschwerden die Erkennung des Fokalherdes verhältnismäßig leicht machten, war es bei den symptomlosen Fällen 1 - 14 oft schwierig, durch Auswertung der fachärztlichen Untersuchungen in dem betreffenden Fall einen in Frage kommenden Focus festzustellen. Gelegentlich fanden sich erhöhte Senkungsreaktionen, Linksverschiebungen des Blutbildes (Fall 2, 4, 17, 18). Interessant ist der Fall 10, bei dem 10 Tage nach einer Penicillininjektion die erste Quaddeleruption auftrat, um dann, durch den endogenen Focus manifestiert, sich in regelmäßigen Abständen immer wieder zu zeigen. Von ähnlichen Fällen soll später noch die Rede sein.

ad b) Bei der Manifestation der chronisch recidivierenden Urticaria spielen Hyper- und Hypofunktion des Endokriniums eine beachtliche Rolle. CLEMENT et al. (8) beschrieben den Fall eines 14-jährigen Mädchens mit c.r. U., dessen Menstruation 8-9 Tage dauerte und auffallend stark war. 4-5 Tage vor der Menstruation traten Quaddeleruptionen auf, die am 4. Tage ihren Höhepunkt erreichten. Nach dreimonatiger Behandlung mit männlichem Hormon gelang es, die Urticaria zu beseitigen. Solche und ähnliche Fälle wurden auch von URBACH (54) und EPSTEIN (14) beschrieben. Wir fanden in unserem Krankengut 10 Fälle, bei denen die recidivierenden Quaddeleruptionen von endokrinen Störungen abhängig waren.

Fall Nr. 24: Frau B. A., 37-jährig.

Jetzt: Seit ungefähr 10 Jahren laufend urticarielle Schübe mehr oder weniger stark während der Menstruation.

Befund intern: RR 115/80 mm Hg; Blutbild: 3,9 Mill. Erythr.; Anisocytose; Leukopenie (3900); Säurewerte des Magens im Bereich der Norm. BSG 12/32 mm. Gynäkologisch wurde eine glandulär-cystische Hyperplasie nachgewiesen.

Therapie und Verlauf: Nach gynäkologischer und symptomatischer Behandlung wurde die Patientin kaum gebessert zur ambulanten Weiterbehandlung entlassen.

Fall Nr. 25: Frau B.B., 49-jährig. F.A.: Vater mir 49 Jahren an Lungentuberculose gestorben. Eine Schwester ebenfalls an c.r.U. erkrankt. E.A.: Menarche mit 13 Jahren. Unterleibsentzündung.

Jetzt: Seit 3 Jahren Hauterscheinungen (anfangs nur jedes halbe Jahr, später alle 4 Wochen) etwa 5 Tage vor der Periode. Wenn die letzte Rötung geschwunden ist, treten die Menses ein. Nebenerscheinungen: Atemnot mit Brechreiz.

Befund intern: RR 100/80 mm Hg; BSG 30/36 mm; rotes und weißes Blutbild unauffällig; Stuhl auf Wurmeier negativ. Gynäkologisch wurde eine praemenstruelle Urticaria diagnostiziert.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung und Hormontherapie blieb die Patientin erscheinungsfrei.

Fall Nr. 26: Frau W.I., 36-jährig. E.A. Menarche mit 17 Jahren. Cyclus regelmäßig. 1953 und 1955 Partus, normal.

Jetzt: Seit 11 Jahren häufige Quaddeleruptionen. Nur während der beiden Schwangerschaften war die Patientin beschwerdefrei.

Befund intern: RR 130/90 mm Hg; BSG 19/35 mm; Untersuchung des Magensaftes ergab eine subacide Gastroduodenitis. Blutbild: 5% Eosinoph., sonst unauffällig. Wärme - Kälteversuch, Helisenteste auf Vegetabilien negativ. Gynäkologisch: Kolpitis, Störung im Cyclus der Geschlechtshormone.

Therapie und Verlauf: Durch symptomatische Behandlung und Hormonbehandlung keine Besserung des Hautleidens.

Fall Nr. 27: Frau P.M., 21-jährig. E.A.: Menarche mit 16 Jahren; unregelmäßiger Cyclus, starke Schmerzen bei der Menstruation, Fluor. Häufige Halsentzündungen. Graviditas mens. X.

Jetzt: Seit Beginn der Schwangerschaft Quaddeleruptionen.

Befund intern: RR 120/80 mm Hg; BSG 20/55 mm. Blutbild unauffällig.

Therapie und Verlauf: Symptomatische Behandlung der Urticaria in der Frauenklinik. Nach der Entbindung war die Patientin erscheinungsfrei.

Fall Nr. 28: Frau G.E., 48-jährig. F.A.: Vater hatte einen ähnlichen Prozeß (c.r.U.). E.A.: Menarche mit 13 Jahren; Cyclus seit 4 Monaten unregelmäßig.

Jetzt: Seit 2 Monaten recidivierende Quaddeleruptionen am ganzen Körper mit starkem Juckreiz, besonders abends.

Befund intern: RR 100/60 mm Hg; 37,5°C Fieber. Im Stuhl Ascariden-eier. Gynäkologisch wurden Störungen im Cyclus der Geschlechtshormone festgestellt und außerdem zwei Myome.

Therapie und Verlauf: Wurmkur sine effectu. Nach Hormontherapie sowie operativer Beseitigung der Myome blieb die Patientin erscheinungsfrei.

Fall Nr. 29: Frau S.M., 22-jährig. E.A.: Menarche mit 15 Jahren; sehr unregelmäßiger Cyclus seit einem Jahr.

Jetzt: Seit 1 Jahr Quaddeleruptionen. Bei der Einweisung zur Klärung der Diagnose erscheinungsfrei.

Befund intern: RR 130/90 mm Hg; Blutuntersuchung bis auf eine Eosinophilie von 12% normal. Grundumsatzbestimmung: + 28 %.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung sowie gynäkologischer Behandlung der Cyclusstörungen war die Patientin erscheinungsfrei.

Fall Nr. 30: Frau R.M., 48-jährig. E.A.: Klimakterische Beschwerden. Angeblich nie ernstlich krank gewesen.

Befund intern: RR 95/60 mm Hg; Blutbild: Eosinophilie von 4%, sonst unauffällig. Gynäkologisch wurde auf einen Zusammenhang der Hautkrankheit mit dem Klimakterium geschlossen.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung und Hormontherapie Besserung des Hautleidens.

Fall Nr. 31: Frau M.F., 41-jährig. E.A.: Häufig Halsentzündungen. Wiederholt in stationärer Behandlung wegen chronisch recidivierender Urticaria. In letzter Zeit starke Gewichtsabnahme.

Jetzt: Seit 2 Jahren - jeweils 2 Tage vor der kommenden Menses - auftretende Quaddeleruptionen, die post menses in der Intensität abnehmen. Gynäkologisch ergaben die Zwischenhirnfunktionsprüfungen einen dem Klimakterium entsprechenden Verlauf.

Befund intern: RR 140/90 mm Hg; BSG 7/18 mm; Blutbild 6% Eosinoph., sonst unauffällig.

Therapie und Verlauf: Patientin konnte nach symptomatischer Behandlung und Hormontherapie erscheinungsfrei entlassen werden.

Fall Nr. 32: Frl. F.F., 22-jährig. F.A.: Mutter leidet auch an chronisch recidivierender Urticaria.

Jetzt: Seit 2 Jahren fast tägliche urticarielle Erscheinungen, die immer schlimmer werden. Nebenerscheinungen: Atemnot. Gynäkologisch: Vaginalabstrich wegen Fluor: reichlich Leucocyten.

Befund intern: RR 130/80 mm Hg; Schilddrüse vergrößert tastbar. Blutbild: Leucocytose (11400), sonst unauffällig. Vegetative Dystonie.

Therapie und Verlauf: Nach verschiedenen therapeutischen Maßnahmen führten eine Hormontherapie und Verabreichung eines neuen Histaminicums (H 230) zu Erscheinungsfreiheit.

Fall Nr. 33: Frl. L.I., 21-jährig. E.A.: Menarche mit 13 Jahren, regelmäßiger Cyclus.

Jetzt: Seit 9 Monaten - besonders nachts und nach Erwärmung - Quaddeleruptionen.

Befund intern: RR 130/75 mm Hg; Schilddrüse vergrößert tastbar; Protrusio bulbi (rechts stärker als links). Deutliche vegetative Zeichen. Wärmeversuch positiv. Grundumsatz + 15%. Im Stuhl keine Wurmeier nachweisbar.

Therapie und Verlauf: Nach Sedativbehandlung und Hormontherapie subjektive und objektive Besserung.

Besprechung

Bei den genannten Fällen zeigte sich die chronisch recidivierende Urticaria nur bei Frauen. Dabei traten auch bei normaler Funktion der Geschlechtsorgane recidivierende Quaddeleruptionen auf. In Fall 23 kam es besonders während der Menstruation, in Fall 24 jeweils vor der Menstruation zum Ausbruch bzw. zur Verschlimmerung der recidivierenden Urticaria. Nach der Menstruation waren die Patienten erscheinungsfrei. Zur Erklärung des Pathomechanismus wird in der Literatur einerseits auf eine Eiweißstoxicose von der zerfallenden Uterusschleimhaut her, andererseits auf die Erhöhung des Cholin gehaltes des Schweißes während der Menstruation hingewiesen. Auch bei FLECK (18), EPSTEIN (14), EDERLE (12), ZONDEK (60) und BROMBERG (60) werden ähnliche Fälle erwähnt.

Dysfunktion endokriner Drüsen war bei den Fällen 27-31 die Ursache der c.r.U., und zwar kamen in den Fällen 27 und 28 Cyclusstörungen, in den Fällen 29 und 30 klimakterische Störungen, in den Fällen 32 und 33 Störungen der Schilddrüsen- bzw. Nebenschilddrüsenfunktion in Betracht. Interessant sind die Fälle 26 und 27, bei denen die c.r.U. im Zusammenhang mit

der Schwangerschaft auftrat. Während in Fall 26 die Patientin während ihrer beiden Schwangerschaften erscheinungsfrei war und die recidivierende Urticaria verstärkt nach der Entbindung auftrat, manifestierte sich bei der anderen Patientin (Fall 27) die Quaddeleruption gerade in der Zeit der Schwangerschaft und bildete sich nach der Entbindung zurück. Dies ist umso bemerkenswerter, da die Patientin unter Cyclusstörungen leidet, die in den Fällen 24 und 25 Ursache der c.r. U. waren. Aus diesem Grunde hätte man eher eine Besserung der Hauterscheinungen während der Schwangerschaft erwartet.

ad c) Häufig tritt die chronisch recidivierende Urticaria durch Stoffwechselstörungen, Leber- und Gallenblasenerkrankungen auf. So berichtet MARKEL (38) über einen Fall mit c.r. U. und Quincke'schem Oedem bei Insuffizienz des Pankreas, LOHMANN (34) weist nach, daß Beziehungen zwischen Glycosurie, Acetonurie und Auftreten der c.r. U. bestehen. PRIETO et al. (43) fanden bei der c.r. U. niedrige Blutzuckerwerte von praediabetischem Typus und schließlich erwähnen HANSEN (22), JANCIC (25) und ECKHOUTTE (11) Fälle von c.r. U. bei Cholecystitis, Hepatitis und Ikterus. - In unserem Krankengut fanden sich 2 Fälle chronisch recidivierender Urticaria im Zusammenhang mit Diabetes mellitus:

Fall Nr. 34: Frau R. G., 46-jährig. F. A.: Ein Bruder Diabetiker. E. A.: Häufig Halsentzündungen, häufig obstipiert, seit 12 Jahren an Diabetes mellitus erkrankt.

Jetzt: Im Anschluß an ein Coma drei Urticaria-Schübe, dann fast täglich urticarielle Effloreszenzen.

Befund intern: Essentielle Hypertonie (RR 180/110 mm Hg) mit entsprechenden Augenhintergrundsveränderungen und Linkshypertrophie des Herzens. Blutbild: 3% Eosinoph., 10300 Leucocyten, Blutzucker 200 mg%.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung sowie Einstellung der Patientin auf 12 I.E. Insulin (vorher 40 I.E.) konnte die Urticaria gut beeinflußt werden, blieb aber in abgeschwächter Form bestehen.

Fall Nr. 35: Frau M. A., 65-jährig. E. A.: Seit 3 Jahren Diabetes mellitus und recidivierende Quaddeleruptionen.

Jetzt: Vor 6 Wochen erneuter Schub.

Befund intern: RR 130/70 mm Hg; Blutbild unauffällig; Stuhl auf Wurmeier negativ. Blutzucker: 330 mg%.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung und Behandlung des Diabetes mellitus konnte die Patientin gebessert entlassen werden.

In Fall 34 könnte an eine akute Arzneimittelurticaria durch Insulin gedacht werden; jedoch glauben wir, daß in beiden Fällen endogene Noxen, die aus Produkten der diabetischen Stoffwechsellaage stammen, die recidivierenden Quaddeleruptionen hervorgerufen haben.

In einem weiteren Fall war eine Cholecystopathie von ätiologischer Bedeutung:

Fall Nr. 36: Herr R.W., 34-jährig. F.A.: Ein Bruder hat einen ähnlichen Prozeß. E.A.: 1943-1947 angeblich Malaria tropica. 1947 in der Gefangenschaft Gelbsucht. 1948 Leberschwellung - Gallenblasenentzündung. Jetzt: Seit 2 Jahren mit dem Auftreten der Gelbsucht recidivierende urticarielle Effloreszenzen.

Befund intern: RR 140/90 mm Hg; Blutbild: 92% Hb., 5,02 Mill. Erythr., Diff.-Blutbild unauffällig. Bilirubin im Serum 0,5 mg%, Thymol-Test ++; Kontrastdarstellung der Gallenblase: Konkrement nicht mit Sicherheit auszuschließen; fraktionierte Magensaftuntersuchung: hyperacide Säurewerte. Therapie und Verlauf: Nach Behandlung des Grundleidens und symptomatischer Behandlung der Urticaria konnte der Patient gebessert entlassen werden.

Im vorliegenden Fall wurde ein Zusammenhang der Malaria und recidivierenden Urticaria, evtl. über eine Cholecystopathie, diskutiert. In der Literatur ist ein ähnlicher Fall von GOLZ (20) beschrieben worden. Dieser Zusammenhang scheint uns nach mehr als 5-jährigem Intervall seit dem letzten Malariafieber unwahrscheinlich zu sein. Vielmehr nehmen wir mit HANSEN (22) cholangitische Schübe oder ein Versagen des entgiftenden Leberfilters und dadurch bedingtes Auftreten urticariogener Substanzen im Blut als Ursache für die Urticaria-Schübe an. In den genannten Fällen konnte durch die fachärztliche Behandlung in der Gynäkologischen -, HNO- und Zahnklinik kein pathologischer Befund bzw. kein Focus nachgewiesen werden.

ad d) Die chronisch recidivierende Urticaria hat bei akuten und chronischen Erkrankungen des Magen- und Darmtraktes eine große Bedeutung. So hat vor allem LINDEMAYR (33) für die Entstehung und Unterhaltung der c.r.U. - gegenüber der bisherigen starken Betonung von Fokalinfekten - die Bedeutung einer chronischen Magen- und Darminfektion herausgestellt, indem er im Duodenalsaft von 39 Urticaria-Patienten 17mal das Vorliegen abwegiger Keimbefestigung nachwies. BOUFFORD (3) beschrieb 10 Patienten mit c.r.U. bei signifikanter Hyposekretion und Hypochlorhydrie, die durch

Substitutionsbehandlung geheilt werden konnten. FLECK (18) wies auf Wechselbeziehungen zwischen recidivierender Urticaria und Magensaftsekretion hin, indem er außer Mangel oder völligem Fehlen freier Salzsäure, manchmal Vermehrung der Salzsäure im Magensaft der Urticaria-Patienten feststellte. 21% der Fälle unseres Krankengutes standen mit akuten und chronischen, unbestimmten und bestimmten Magen-Darm-Störungen in causalem Zusammenhang.

Fall Nr. 37: Frau S. K., 48-jährig. E. A.: Mit 20 Jahren Cholecystektomie. Mit 26 Jahren Eczem an beiden Händen.

Jetzt: Seit mehreren Wochen klagt die Patienten erstmalig über Brechdurchfall, abwechselnd mit Nesselsucht.

Befund intern: RR 170/110 mm Hg; Blutbild: 7% Eosinoph., sonst unauffällig. Stuhl auf Wurmeier dreimal negativ. Wärme-Kälteversuch negativ. Fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab normacide Säurewerte.

Therapie und Verlauf: Trotz normacider Säurewerte wurde eine Fermentsubstitution verordnet, außerdem eine symptomatische Behandlung. Die Patientin konnte erscheinungsfrei entlassen werden.

Fall Nr. 38: Kind G. A., 16-jährig. E. A.: Mit 15 Jahren Mittelohrentzündung, Magenschleimhautentzündung. Menarche mit 12 Jahren, normaler und regelmäßiger Cyclus.

Jetzt: Seit 2 Jahren recidivierende Quaddeleruptionen, meist im Zusammenhang mit unbestimmten Magen-Darm-Beschwerden. Keine Ulcus-Anamnese.

Befund intern: Arterielle Hypotonie (RR 105/65 mm Hg), BSG 21/40 mm; Blutbild: 5% Eosinoph. Zellen, sonst unauffällig. Stuhl auf Wurmeier dreimal negativ.

Therapie und Verlauf: Nach Magenschonkost und symptomatischer Behandlung blieb der Patient erscheinungsfrei.

Bei den genannten Fällen ergaben die fachärztlichen Untersuchungen keinen Anhalt für einen Focus. Da ex iuvantibus Erscheinungsfreiheit erzielt werden konnte, muß trotz normacider Säurewerte des Magensaftes und nur unbestimmt angegebenen Magen-Darm-Beschwerden ein Zusammenhang mit Störungen im Magen-Darm-Tractus als Ursache der Quaddeleruptionen angenommen werden.

Fall Nr. 39: Frau M.L., 50-jährig. F.A.: Ein Bruder an "Perniciöser Anämie" erkrankt. E.A.: Angeblich nie ernstlich krank gewesen.

Jetzt: Seit 3 Monaten rote, erhabene, stark juckende Flecken am ganzen Körper, die nach einiger Zeit wieder verschwinden. Patientin ist häufig obstipiert.

Befund intern: Blutbild: Leucopenie, sonst unauffällig. Im Stuhl konnten keine Wurmeier nachgewiesen werden. Fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab anacide Säurewerte.

Therapie und Verlauf: Nach Aufbau einer neuen Darmflora und symptomatischer Behandlung blieb die Patientin erscheinungsfrei.

Fall Nr. 40: Frau F.K., 72-jährig. E.A.: Menarche mit 16 Jahren, Menopause mit 46 Jahren.

Jetzt: Seit ungefähr einem Jahr urticarielle Effloreszenzen im Zusammenhang mit Magenbeschwerden wie Brennen und Völlegefühl.

Befund intern: RR 125/80 mm Hg; rotes und weißes Blutbild unauffällig. Stuhluntersuchung auf Wurmeier dreimal negativ. Die Magensaftuntersuchung ergab eine histaminrefraktäre Achylie.

Therapie und Verlauf: Aufbau einer neuen Darmflora führte zu Erscheinungsfreiheit.

Fall Nr. 41: Frau Z.E., 21-jährig. E.A.: Menarche mit 11 Jahren. Cyclus regelmäßig.

Jetzt: Seit 9 Monaten häufig urticarielle Schübe im Zusammenhang mit Völlegefühl und Blähungen auftretend. Mangelnde Appetenz.

Befund intern: Die HNO-Klinik stellte eine leichte chronische Tonsillitis fest. Blutbild: 110% Hb., 5,4 Mill. Erythr., 16% Eosinoph., Stuhl auf Wurmeier dreimal negativ. Abdomen: straffe Bauchdecken, Druckempfindlichkeit im linken Oberbauch. Fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab subacide Säurewerte.

Therapie und Verlauf: Fermentsubstitution und symptomatische Behandlung führten zu Erscheinungsfreiheit.

Fall Nr. 42: Herr R.R., 40-jährig. E.A.: Mit 16 Jahren Magenschleimhautentzündung.

Jetzt: Seit 7 Jahren, besonders im Frühjahr auftretende urticarielle Schübe mit starkem Juckreiz.

Befund intern: RR 120/80 mm Hg; rotes und weißes Blutbild unauffällig. Abdomen: bei Inspektion und Palpation unauffällig, vor allem keine Druck-

schmerzhaftigkeit. Die fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab subacide Säurewerte.

Therapie und Verlauf: Nach Substitutionstherapie blieb der Patient erscheinungsfrei.

Fall Nr. 43: Frau H. Ä., 49-jährig.

Jetzt: Seit 6 Jahren recidivierende Quaddeleruptionen, oft zugleich mit Aufstoßen und Brechreiz. Patientin sei häufig obstitiert und habe im letzten Jahr 10 Pfund an Gewicht abgenommen.

Befund intern: RR 125/75 mm Hg; BSG 11/23 mm; Blutbild: 110% Hb., 5,3 Mill. Erythr., 4% Eosinoph., sonst unauffällig. Stuhl auf Wurmeier dreimal negativ. Fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab subacide Säurewerte. Magensaftsediment: Hefezellen, Kristalle und Bakterien.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung und Fermentsubstitution war die Patientin bei der Entlassung erscheinungsfrei.

Fall Nr. 44: Herr S. K., 53-jährig. E. A.: Angeblich nie ernstlich krank gewesen.

Jetzt: Seit 2 Jahren urticarielle Effloreszenzen, dabei jedesmal Magen-Darmbeschwerden. Die Hauterscheinungen verstärken sich nach Aufregung und Ärger.

Befund intern: RR 130/80 mm Hg; Blutbild: 104% Hb; 5,3 Mill. Erythr., Stuhluntersuchung auf Wurmeier dreimal negativ. Fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab Herabsetzung der Säureproduktion.

Therapie und Verlauf: Nach Gaben von Salzsäureferment-Präparaten und symptomatischer Behandlung traten keine urticariellen Effloreszenzen mehr auf.

Fall Nr. 45: Herr S. T., 36-jährig. E. A.: Häufig Anginen und Magenbeschwerden.

Jetzt: Im Zusammenhang mit "Magenschmerzen" auftretende Quaddeleruptionen seit 3 Monaten.

Befund intern: HNO-Klinik stellte bei der Durchuntersuchung eine atrophische Rhinitis und eine leichte Tonsillitis fest. RR 130/90 mm Hg; Blutbild: 110% Hb., 5,2 Mill. Erythr., 12 800 Leucocyten, 4% Eosinoph. Die fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab hyperacide Säurewerte.

Therapie und Verlauf: Durch Magenschonkost und symptomatische Behandlung der Urticaria konnte keine wesentliche Besserung erzielt werden.

Fall Nr. 46: Frl. Z.G., 21-jährig. E.A.: Normaler und regelmäßiger Cyclus.

Jetzt: Schon von Kindheit an im Zusammenhang mit unbestimmten Magen-Darm-Störungen recidivierende Quaddeleruptionen, die oft einige Tage andauern.

Befund intern: RR 130/80 mm Hg; rotes Blutbild 94% Hb., 5,7 Mill. Erythr., weißes Blutbild: Leucopenie, sonst unauffällig. Stuhl auf Wurmeier dreimal negativ. Fraktionierte Magensaftuntersuchung: Hyperacidität.

Therapie und Verlauf: Trotz Aufbaudiät, Fermentsubstitution und symptomatischer Behandlung keine Besserung des Hautleidens.

Fall Nr. 47: Frl. K.K., 18-jährig.

Jetzt: Die seit 2 Jahren bestehende Urticaria wurde mit Eigenblut und Calciumpräparaten ohne Erfolg behandelt. Im Zusammenhang mit den recidivierenden Quaddeleruptionen werden Verdauungsstörungen angegeben.

Befund intern: rotes Blutbild: 5,4 Mill. Erythr., 104% Hb.; weißes Blutbild: unauffällig. Stuhl auf Wurmeier dreimal negativ. Die fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab hyperacide Werte.

Therapie und Verlauf: Aufbau einer neuen Darmflora und symptomatische Behandlung führten zu Erscheinungsfreiheit.

Besprechung

Bei den beschriebenen Fällen 39 - 47 kann meist nur ex iuvantibus auf einen Zusammenhang der unbestimmten Magen-Darm-Störungen mit der chronisch recidivierenden Urticaria geschlossen werden. Dabei wurden Beschwerden wie Obstipation, Blähungen und Völlegefühl angegeben. Es müssen folgende Entstehungsmöglichkeiten, wie auf Grund einer Dysfunktion des Magen-Darmtraktes die recidivierenden Quaddeleruptionen entstehen können, in Betracht gezogen werden:

- 1.- Toxische Wirkung durch Nahrungsmittel bzw. Allergenwirkung von Nahrungsmitteln (16);
- 2.- Störungen in den Aciditätsverhältnissen des Magensaftes (45, 56) und
- 3.- dadurch bedingte Resorption von Proteinen oder Peptiden (52), die durch die pathologische Darmflora entstehen.

Nach Ausschluß einer Nahrungsmittelurticaria, die in keinem Fall anamnestisch gesichert werden konnte; müssen in den Fällen 39 und 40 anacide, in

den Fällen 41 - 44 subacide und in den Fällen 45 - 47 hyperacide Säurewerte des Magensaftes und dadurch bedingte Störungen im Chemismus und der Flora des Darmes die entscheidende Ursache für die Entstehung der recidivierenden Quaddeleruptionen darstellen.

Fall Nr. 48: Herr B. W., 47-jährig. E. A.: Seit Jahren chronische Gastritis. Seit 2 Jahren im Zusammenhang mit Magen-Darmstörungen auftretende urticarielle Schübe - auch nach Ärger und Aufregung bisweilen Hauterscheinungen. -

Befund: In der HNO-Klinik wurde eine leichte, nicht focusverdächtige Tonsillitis festgestellt. Intern: RR 110/85 mm Hg; Blutbild: 107% Hb., 11 700 Leucocyten. Durch die Magensaftuntersuchung und den Röntgenbefund wurden eine Gastroduodenitis festgestellt; kein Anhalt für ein Ulcus.

Therapie und Verlauf: Nach Behandlung der Gastroduodenitis blieb der Patient erscheinungsfrei.

Fall Nr. 49: Herr W. G., 55-jährig. F. A. Mutter hatte dasselbe Leiden. E. A.: Mit 20 Jahren wegen eines Ulcus duodeni in stationärer Behandlung (ausgeheilt).

Jetzt: Seit 4 Jahren Gastritis (röntgenologisch gesichert) und recidivierende Quaddeleruptionen.

Befund: Die HNO-Klinik stellte eine chron. mittelgradige Tonsillitis fest. Intern: RR 125/70 mm Hg. Rotes Blutbild: 105% Hb., 5,5 Mill. Erythr. Weißes Blutbild: 12330 Leucocyt., 4% Eosinoph. Die fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab eine Hyperacidität. MDP: mittelgradige Duodenitis und Hypersekretion.

Therapie und Verlauf: Aufbaukost und Erneuerung der Darmflora führten zur Besserung des Hautleidens.

Fall Nr. 50: Herr L. A., 33-jährig. F. A.: Mutter leidet an ähnlichem Prozeß (c. r. U. ?).

Jetzt: Das seit Jahren bestehende Hautleiden habe sich in den letzten Monaten verschlimmert. Druckbeschwerden in der Magengegend. Häufige Obstipationen.

Befund intern: RR 100/75 mm Hg; Blutbild: 5,3 Mill. Erythr., 110% Hb. Ausgeprägter roter Dermographismus. Fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab hyperacide Säurewerte.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung, diätetischen Maßnahmen mit anschließender Aufbaukost war der Patient erscheinungsfrei.

Fall Nr. 51: Frau Ä.D., 24-jährig. E. A.: Menarche mit 17 Jahren, Cyclus normal und regelmäßig.

Jetzt: Seit Jahren Magenbeschwerden, öfters schon Magenschleimhautentzündung und Magengeschwüre. Recidivierende Quaddeleruptionen seit Jahren im Zusammenhang mit den Magen-Darm-Beschwerden.

Befund intern: RR 130/90 mm Hg; Stuhl auf Wurmeier dreimal negativ.

Fraktionierte Magensaftuntersuchung: Hyperacidität.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung sowie Behandlung der Gastritis konnte die Patientin gebessert entlassen werden.

Fall Nr. 52: Herr R.F., 57-jährig.

Jetzt: Seit ungefähr 2 Jahren zugleich mit auftretenden Magen-Darmbeschwerden urticarielle Schübe.

Befund: In der Zahnklinik wurde ein focusverdächtiger Zahn extrahiert. Keine Besserung des Hautleidens. Intern: rotes Blutbild: 110 % Hb. 5,3 Mill. Erythr. Weißes Blutbild: 13 000 Leucocyt. RR 145/100 mm Hg. (arterielle Hypertonie). Fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab hyperacide Säureverhältnisse.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung und Behandlung der Gastritis blieb der Patient erscheinungsfrei.

Fall Nr. 53: Herr H.E., 52-jährig. E. A.: Wiederholt in stationärer Behandlung wegen Magenleidens.

Jetzt: Seit 2 Jahren unregelmäßig, meist aber im Zusammenhang mit dem angegebenen Magenleiden auftretende urticarielle Effloreszenzen.

Befund intern: Kälte-, Wärme- und mechanische Reize ergaben keine Reaktion. Untersuchung auf Wurmeier im Stuhl und Stuhlstreifen dreimal negativ. RR 105/75 mm Hg; BSG 32/60 mm. Fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab hyperacide Gastritis.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung der Urticaria sowie Behandlung der Gastritis konnte der Patient gebessert entlassen werden.

Fall Nr. 54: Herr V.U., 61-jährig. E. A.: Mit 35 Jahren Bauchfellvereiterung, mit 51 Jahren Angina mit Abszeß. Öfters in stationärer Behandlung wegen Magenleidens.

Jetzt: Seit 12 Jahren urticarielle Schübe.

Befund intern: RR 150/80 mm Hg, normales Differentialblutbild; WaR und Nebenreaktionen +++ (Lues latens seropositiva). Außer einer Myocard-

schädigung, einer mittelgradigen Stauungsleber konnten bei der fraktionierten Magensaftuntersuchung hyperacide Säurewerte festgestellt werden.
Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung, Behandlung der angegebenen Leiden, besonders der Gastritis, wurde der Patient kaum gebessert zur Weiterbehandlung an den Hausarzt überwiesen.

Fall Nr. 55: Frl. H.M., 16-jährig.

Jetzt: Seit 2 Jahren, zusammen mit Magen-Darmbeschwerden, urticarielle Effloreszenzen.

Befund intern: RR 128/80 mm Hg; Stuhl auf Wurmeier dreimal negativ. Röntgenbefund des Magens: Hypersekretion, erhebliche Motilitätsstörungen und Entleerungsverzögerung.

Therapie und Verlauf: Symptomatische Behandlung der Resorptionsstörungen des Magen-Darmtraktes und der Urticaria führten zu Erscheinungsfreiheit.

Fall Nr. 56: Frau B.F., 40-jährig. F.A.: Ein Bruder leidet auch an c.r.U.

Jetzt: Seit einem Monat recidivierende Quaddeleruptionen. Druckschmerz im Epigastrium.

Befund intern: RR 150/90 mm Hg; Blutbild: Anisocytose, hypochrome Anaemie. Stuhl auf Wurmeier dreimal negativ. Fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab subacide Gastritis.

Therapie und Verlauf: Nach Behandlung der subaciden Gastritis blieb die Patientin erscheinungsfrei.

Fall Nr. 57: Herr G.J., 53-jährig. E.A.: Mit 50 Jahren in stationärer Behandlung wegen Ulcus ventriculi. Ulcusanamnese.

Befund intern: RR 125/80 mm Hg; rotes und weißes Blutbild unauffällig. Fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab subacide Werte. Nebefund: Prostatahypertrophie.

Therapie und Verlauf: Nach Fermentsubstitution und symptomatischer Behandlung blieb der Patient erscheinungsfrei.

Besprechung

In Fall 48 und 49 waren eine Gastroduodenitis bzw. eine Duodenitis mit Hypersekretion, in Fall 57 ein Ulcus ventriculi und in den übrigen Fällen hyper- oder hypoacide Gastritiden Ursache der chronisch recidivierenden Urticaria.

Da eine Kombination von Magen-Darmstörungen mit einer Nahrungsmittel-urticaria, wie sie in der Literatur häufig beschrieben wird, in keinem Fall festgestellt werden konnte, ist die Ursache in den oben angegebenen Störungen zu sehen. Wie Tabelle V zeigt, spielen bei der chronisch recidivierenden Form der Urticaria die Veränderungen der Säurewerte des Magensaftes eine bedeutende Rolle. So wiesen von den auf die Säurewerte untersuchten Fällen 44% Abweichungen von der Norm auf, gegenüber 22% der Fälle mit normaciden Säurewerten. Als Nebenerscheinungen traten latente, asymptomatische Foci - als Ursache auszuschließen - und psychische Beeinflussung (Ärger, Ermüdung) auf. Veränderungen des Blutbildes im Sinne einer Linksverschiebung waren in den Fällen 47, 48 und 51 festzustellen.

ad e) Genauso wie akute und chronische Magen-Darmstörungen die chronisch recidivierende Urticaria erzeugen und unterhalten können, sind in der Literatur (10, 24) Fälle beschrieben, die durch Infestation zustande kommen. Hierbei sind die Eingeweidewürmer: Ascariden, Oxyuren, Taenien etc. von ursächlicher Bedeutung. Außer chronischen Urticaria-Schüben können sich klinisch auch pruriginöse Exantheme (24) manifestieren.

Fall Nr. 58: Frl. G. E., 24-jährig.

Jetzt: Seit einem Jahr Schwellungen im Gesicht, recidivierende Quaddeleruptionen am ganzen Körper, Druckschmerz im Epigastrium und häufige Obstipation.

Befund intern: Positiver Dermographismus, Händetremor, leichter Exophthalmus, Mittellappen der Schilddrüse vergrößert, kein erhöhter Grundumsatz. Psychisch außerordentlich labile Patientin. Bei der Stuhluntersuchung fanden sich massenhaft Ascarideneier.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung und einer Wurmkur blieb die Patientin erscheinungsfrei.

Fall Nr. 59: Frl. P. M., 21-jährig.

Jetzt: Seit Monaten auftretende Quaddeleruptionen. Eine Ursache kann von der Patientin nicht angegeben werden.

Befund intern: RR 130/70 mm Hg; rotes und weißes Blutbild unauffällig. Bei der Untersuchung wurden Symptome vegetativer Labilität festgestellt. Stuhluntersuchung ergab: Eier von Trichocephalus dispar und Ascaris lumbricoides.

Therapie und Verlauf: Nach einer Wurmkur konnte die Patientin erscheinungsfrei entlassen werden.

Fall Nr. 60: Herr Z.F., 38-jährig.

Jetzt: Seit 3 Jahren immer wieder in stationärer Behandlung wegen c.r. U. Urticarielle Eruptionen, besonders beim Schwitzen und wenn der Patient abends im Bett liegt.

Befund intern: RR 140/90 mm Hg; Blutbild: 9% Eosinoph., sonst unauffällig. Im Stuhl wurden Wurmeier von *Ascaris lumbricoides* nachgewiesen.

Wärme-Kälteversuch negativ.

Therapie und Verlauf: Nach einer Wurmkur ging ein etwa 1/2 m langer Bandwurm ab. Urticarielle Effloreszenzen traten seitdem nicht mehr auf.

Fall Nr. 61: Herr G.A., 38-jährig. E.A.: Mit 24 Jahren in stationärer Behandlung wegen Magenulcus.

Jetzt: Seit 2 Jahren recidivierende Quaddeleruptiven. Ursache kann keine angegeben werden.

Befund intern: RR 150/80 mm Hg; Blutbild: 9% Eosinoph., sonst unauffällig. Im Stuhl waren massenhaft *Ascarideneier* nachgewiesen.

Therapie und Verlauf: Nach einer Wurmkur blieb der Patient erscheinungsfrei.

Fall Nr. 62: Frä. R.K. 36-jährig. E.A.: Häufig Gelbsucht.

Jetzt: Seit 2 Jahren alle 1-4 Wochen auftretende urticarielle Effloreszenzen.

Befund intern: RR 135/95 mm Hg; BSG 11/26 mm. Abdomen: Druckschmerz im rechten Unterbauch; keine Appendicitiszeichen. Anacide Säurewerte des Magensaftes. Epicutanteste mit den von der Patientin mitgebrachten Arbeitsstoffen waren negativ. Im Stuhl wurden massenhaft *Ascarideneier* nachgewiesen.

Therapie und Verlauf: Nach einer Wurmkur konnte die Patientin erscheinungsfrei entlassen werden.

Fall Nr. 63: Frau S.W., 56-jährig. F.A.: Mutter an Tuberculose gestorben. E.A.: Menarche mit 16 Jahren; keine klimakterischen Beschwerden.

Befund intern: RR 115/70 mm Hg; BSG 44/79 mm. Blutbild: außer einer Leucocytose mit 10 700 unauffällig. Bei wiederholten Stuhluntersuchungen Wurmeier des *Trichocephalus dispar* gefunden.

Therapie und Verlauf: Nach einer Vermycin-Kur und symptomatischer Behandlung blieb die Patientin erscheinungsfrei.

Fall Nr. 64: Herr D.N., 22-jährig.

Jetzt: Seit 2 Jahren stark juckende Hauterscheinungen.

Befund intern: Blutbild: 5,03 Mill. Erythr., 105% Hb., RR 120/80 mm

Hg. Im Stuhl Wurmeier von *Trichocephalus dispar*. Die HNO-Klinik stellte eine leichte Tonsillitis fest.

Therapie und Verlauf: Nach einer Wurmkur mit Hexylresorcin war der Patient frei von urticariellen Effloreszenzen.

Fall Nr. 65: Frau L.F., 43-jährig. E. A.: Mit 40 Jahren Gallenblasenentzündung. Normaler und regelmäßiger Cyclus.

Jetzt: Seit 2 Jahren fast täglich urticarielle Schübe. Die HNO-Klinik stellte eine mittelgradige chron. Tonsillitis fest.

Befund intern: mäßige Hypertonie; RR 150/100 mm Hg; normale Magensäurewerte. Bei der Erkrankung scheint eine ausgesprochene psychische Komponente eine Rolle zu spielen. Hierfür sprechen die von der Patientin angegebenen Schmerzen am linken Rippenbogen, die nach einer Scheinröntgenbestrahlung und entsprechender Beeinflussung der Patientin völlig schwanden. Im Stuhl fanden sich massenhaft Ascarideneier.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung und einer Wurmkur blieb die Patientin erscheinungsfrei.

Fall Nr. 66: Kind K.W., 15-jährig. E. A.: Mit 15 Jahren Appendectomie, sonst unbedeutend.

Jetzt: Seit einem Jahr urticarielle Effloreszenzen. HNO-Klinik stellte eine chron. Tonsillitis fest.

Befund intern: RR 150/100 mm Hg; kein pathologischer organischer Befund; kein Anhalt für einen Focus. Im Stuhl wurden massenhaft Oxyureneier nachgewiesen.

Therapie und Verlauf: Nach einer Vermicompren-Kur blieb das Kind erscheinungsfrei.

Fall Nr. 67: Frau G.K., 24-jährig. E. A.: Menarche mit 15 Jahren, regelmäßiger und normaler Cyclus.

Jetzt: Seit 2 Jahren auftretende urticarielle Effloreszenzen besonders 1-2 Tage vor der Menstruation, hauptsächlich im Gesicht. Bei der Aufnahme keine urticariellen Effloreszenzen.

Befund intern: Kein pathologischer organischer Befund. Stuhlstreifen auf Oxyuren: Wurmeier positiv.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung und einer Wurmkur blieb die Patientin erscheinungsfrei.

Fall Nr. 68: Kind A.G., 14-jährig. E. A.: Scharlach und Keuchhusten.

HNO-Klinik stellte eine mittelgradige Otitis media fest.

Befund intern: Im Blutbild fand sich eine Eosinophilie von 6%. Im Stuhl wurden massenhaft Oxyureneier nachgewiesen. Urticarielle Effloreszenzen.

Therapie und Verlauf: Eine Wurmkur und symptomatische Behandlung führten zur Erscheinungsfreiheit.

Besprechung

Bei den Fällen 58-68 waren Nematoden von ursächlicher Bedeutung; in den Fällen 58 - 62 Ascariden, 63 - 64 Trichocephalus dispar, 66 - 68 Oxyuren. Allerdings sind die Ursachen nicht immer eindeutig und die Quaddeleruptionen sind in den meisten Fällen ein Symptom von mannigfach sich überschneidenden Ursachen. So waren in den Fällen 58 und 62 Magen-Darm-Störungen festzustellen (anacide Säurewerte des Magensaftes, Obstipation etc.). Außerdem spielten neuro-vegetative (Fall 58 und 59) und psychische (Fall 58 und 65) Komponenten eine Rolle. Bei den Fällen 64, 65, 66 und 68 wurden bei der fachärztlichen Untersuchung fragliche Foci festgestellt. Da nach der Wurmkur die Patienten erscheinungsfrei waren, erübrigte sich eine Operation zur Ausschaltung des fraglichen Focus. Daher ist in jedem Fall von chronisch recidivierender Urticaria zur Vermeidung unnötigen operativen Vorgehens zur Klärung der Diagnose eine Stuhluntersuchung auf Wurmeier indiziert. Hervorzuheben sind weiterhin die urticariellen Reaktionen auf einen physikalischen Reiz wie Wärme (Fall 60), welche durch die Infestation unterhalten wurden. Eine Linksverschiebung des Blutbildes konnte in den Fällen 60, 63 und 68, eine Beschleunigung der Blutsenkungsgeschwindigkeit nur in Fall 63 festgestellt werden.

ad f) Auf den Zusammenhang von neuro-vegetativen und psychischen Störungen beim Zustandekommen der Urticaria weisen VALLERY et al. (55) und EDERLE (12) hin. STOKES et al. (50) fanden unter 100 Fällen von chronisch recidivierender Urticaria 12% mit psychogener und neuro-vegetativer Beeinflussung. Nach KREIBISCH und SOBOTKA (30) können psychische Affekte, welche bei normaler Innervation Zorn- und Schamröte auslösen, bei obengenannten Störungen die Reagibilität des vasomotorischen Reflexbogens bis zu Quaddeleruptionen steigern. Außerdem wies in letzter Zeit BRISTOW (5) auf die Bedeutung eines suprasegmentären Reflexbogens hin, der sich bis zum Diencephalon oder noch weiter ausdehnt und die Wirkung von Emotionen durch Einbezug dieser höheren Zentren erklären soll. RAJKA (44) zweifelt dagegen, ob es überhaupt eine psychisch bedingte Urticaria gibt.

Wir haben in unserem Krankengut öfters (Fall 7, 9, 20, 58, 65 u. a. m.) auf Fälle mit neuro-vegetativen und psychogenen Begleitsymptomen hingewiesen. Im folgenden sollen Fälle beschrieben werden, bei denen die genannten Störungen eine entscheidende Bedeutung für die Entstehung der Urticaria haben.

Wahrscheinliche oder sichere Manifestation der c. r. U. durch psychogene Faktoren

Fall Nr. 69: Frl. G. B., 24-jährig. E. A.: Bis zum 8. Lebensjahr Enuresis nocturna. Patientin klagt immer schon über Kopfschmerzen.

Jetzt: Seit 3 Monaten stark juckende Hauterscheinungen. Ursache kann keine angegeben werden. Befund der HNO-Klinik; leichte Tonsillitis. Gynäkologisch wurde eine Adnexitis behandelt, danach kein bessernder Einfluß auf das Hautleiden feststellbar.

Befund intern: RR 130/85 mm Hg, Blutbild 6% Eosinoph., Agranulocytose. Fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab hyperacide Säurewerte. Wurmeier konnten nicht festgestellt werden. Neurologisch und psychiatrisch wurde eine latente Tetanie festgestellt. Außerdem ergab die Exploration, daß die Patientin sich am 1. Weihnachtsfeiertag verlobt hatte und am 2. Weihnachtsfeiertag erstmals die Erscheinungen der Urticaria erlebte. Die näheren Aussprachen zeigten, "daß komplizierte Zusammenhänge bestehen".

Therapie und Verlauf: Nach weiteren Aussprachen und Behandlung der latenten Tetanie blieb die Patientin erscheinungsfrei.

Fall Nr. 70: Frau A. S., 25-jährig. E. A. angeblich nie ernstlich krank gewesen.

Befund intern: RR 130/80 mm Hg; Blutbild unauffällig. Ausgeprägter roter Dermographismus. Psychiatrisch: Nach Bericht des Psychotherapeuten handelt es sich bei der Patientin um eine psychisch gestörte Persönlichkeit. Ein Zusammenhang mit dem angegebenen Hautleiden wird für wahrscheinlich gehalten.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung sowie weiteren Aussprachen mit dem Psychotherapeuten blieb die Patientin erscheinungsfrei.

Fall Nr. 71: Frl. B. C., 20-jährig. E. A.: Häufig "Blasenerkältung", öfters Anginen.

Jetzt: Seit einem Jahr fast ununterbrochen Hauterscheinungen. Beschwerden seitens des Verdauungssystems; Aversion gegen gallenspezifische Speisen und Gerüche. Stuhl wechselnd diarrhoisch und obstipiert. Quaddeleruptionen zeigten sich durch Unruhe und Unbehagen an.

Befund intern: RR 150/65 mm Hg, Blutbild: 4% Eosinoph., 11 000 Leucocyt., sonst unauffällig. **Psychiatrisch:** Die Exploration ergab: Patientin war vor einem Jahr mehrere Monate in einer Nervenklinik untergebracht, "weil sie häufig weinte, sehr niedergeschlagen war, ohne einen konkreten Grund zu haben, und ihr das Leben ausweglos erschien". Angeblich kein Suicidversuch.

Therapie und Verlauf: Nach einer weiteren psychotherapeutischen Aussprache verließ die Patientin plötzlich unter Zurücklassung eines Teiles ihrer persönlichen Habe die Klinik.

Fall Nr. 72: Herr H.H., 31-jährig. E.A.: Häufig Magenbeschwerden.

Jetzt: Seit 3 Jahren bestehendes Hautleiden (Urticaria). Seit einem Jahr nimmt Patient wegen Potenzstörungen Sexualtonica (ohne Rezept) ein.

Befund intern: RR 140/90 mm Hg. Druckschmerz im Epigastrium. Stark positiver Dermographismus und Schweißabsonderungen. Rotes und weißes Blutbild unauffällig. **Psychiatrisch** ergab sich folgendes: Patient ist in seinem Verhalten sehr auffällig, nervös und fahrig. Die Mimik ist die eines Depressiven. Nach langer Exploration ergab sich eine psychische Belastung infolge familiärer Verhältnisse (Vater - Potator - verführte die Ehefrau des Patienten). Seit dieser Zeit Hauterscheinungen.

Therapie und Verlauf: In einer psychotherapeutischen Behandlung wurde versucht, dem Patienten klarzumachen, daß er organisch gesund ist.

Fall Nr. 73: Frä. N.A., 20-jährig.

Jetzt: Seit 2 Jahren - besonders nach Ärger und Aufregung - auftretende Quaddeleruptionen.

Befund intern: RR 130/95 mm Hg; Schilddrüse leicht vergrößert. Blutbild unauffällig. Stuhl auf Wurmeier negativ. Zeichen einer nervösen Übererregbarkeit waren vorhanden.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung und Gaben von Sedativa wurde die Patientin gebessert zum Hausarzt überwiesen, der eine Behandlung im Sinne einer Psychotherapie betreiben soll.

Fall Nr. 74: Frau B.L., 65-jährig.

Jetzt: Seit 3 Jahren, besonders nach Aufregungen auftretende Hauterscheinungen in Form von roten, juckenden Flecken.

Befund intern: Die Untersuchung wurde von der Patientin abgelehnt. Bei der allgemeinen neurologischen Untersuchung ergab sich: motorische Unruhe, Schwatzhaftigkeit, Hyperreflexie aller Reflexe. Psychisch: auffällig wegen ihrer übertriebenen Ängstlichkeit und Schwatzhaftigkeit. Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung und Gaben von Megaphen weitgehende Beruhigung und frei von Hauterscheinungen.

Besprechung

Es ist in den meisten Fällen schwer, den Beweis zu erbringen, daß die chronisch recidivierende Urticaria rein psychisch bedingt ist (59, 39). Dies wird in der Literatur leider allzu häufig als Verlegenheitsursache ohne nähere Gründe angenommen.

In den Fällen 61 - 74 konnten wir - nach Ausschluß anderer Ursachen durch fachärztliche Untersuchung - keine andere Ursache für die Manifestation der Urticaria-Schübe als eben psychische Einflüsse feststellen. Hiervon waren mehr weibliche (5) als männliche (1) Patienten betroffen. Meist (5) war es erst nach eingehender anamnestischer Analyse und häufigen individuellen Konsultationen möglich, psychische Belastungen infolge familiärer Verhältnisse, Aufregungen u. a. m. mit dem ersten Auftreten der Hauterscheinungen in einen causalen Zusammenhang zu bringen. Chronische psychische Belastung unter Wirkung feindlicher Emotionen (7) durch ein bekanntes (Fall 72) oder unbekanntes (Fall 69 und 71) Ereignis waren hierbei von ursächlicher Bedeutung. In den Fällen 73 und 74, bei denen sich die Quaddeleruptionen besonders nach Aufregungen manifestierten, muß an eine Wärmeurticaria (siehe S. 35) als Begleitauslöser gedacht werden. Zeichen einer allgemeinen vegetativen Übererregbarkeit fanden sich in den Fällen 69, 72 und 73. Hierbei ist daran zu denken, daß durch psychische Erregung, vielleicht durch Vermittlung des vegetativen Nervensystems, ein urticariogener Stoff frei wird, der durch Änderung im Tonus der Hautgefäße die Quaddeleruptionen bewirkt. Eine Linksverschiebung des Blutbildes fand sich nur in Fall 68. Subjektive und objektive Nebenerscheinungen seitens des Magen-Darm-Traktes zeigten die Fälle 68, 70 und 71.

Wahrscheinliche oder sichere Manifestation der c. r. U. durch neuro-vegetative Störungen

Fall Nr. 75: Frau D. H., 33-jährig. E. A.: Menarche mit 15 Jahren; normaler und regelmäßiger Cycclus.

Jetzt: Seit 2 Monaten stundenweise auftretende Hauterscheinungen. Befund intern: RR 130/90 mm Hg. Ein positiver roter Dermographismus und eine verstärkte Hyperhydrosis gaben einen Hinweis auf Regulationsstörungen des vegetativen Nervensystems. Schilddrüse vergrößert. Die fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab subacide Säurewerte. Blutbild: 10 000 Leucocyt., 4% Eosinoph., sonst unauffällig. Stuhluntersuchung auf Wurmeier negativ.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung und Gaben von Sedativa blieb die Patientin erscheinungsfrei.

Fall Nr. 76: Herr R. B., 30-jährig.

Jetzt: Seit ungefähr 3 Jahren bestehende Hauterscheinungen. Ursache kann vom Patienten nicht angegeben werden.

Befund intern: RR 130/85 mm Hg; Blutbild unauffällig. Fraktionierte Untersuchung des Magensaftes ergab subacide Säurewerte. Stuhl auf Wurmeier negativ. Hyperhydrosis der Hände. Wärmeversuch positiv.

Therapie und Verlauf: Nach kurzer Behandlung mit Sedativa blieb der Patient erscheinungsfrei.

Fall Nr. 77: Herr B. A., 33-jährig.

Jetzt: Seit 2 Jahren, besonders morgens beim Waschen, beiderseits infra orbitae eine Schwellung, Quaddeleruptionen am ganzen Körper. HNO-Klinik stellte eine chron. Tonsillitis fest.

Befund intern: RR 110/90 mm Hg. Epicutanteste mit den vom Patienten verwendeten Seifen waren negativ. Stark ausgeprägter Dermographismus. Neuro-vegetative Übererregbarkeit. Hyperhydrosis. Dreimalige Stuhlkontrolle auf Wurmeier war negativ. Blutbild: 105% Hb, 5,2 Mill. Erythr.

Therapie und Verlauf: Nach Gaben von Sedativa blieb der Patient erscheinungsfrei.

Fall Nr. 78: Herr P. W., 23-jährig. E. A.: Als Kind Rachitis, sonst angeblich immer gesund gewesen.

Jetzt: Seit 3 Jahren - im Sommer stärker als im Winter - auftretende, stark juckende Hauterscheinungen.

Befund intern: RR 125/80 mm Hg. Stuhl auf Wurmeier negativ. Nach Wärme, Kälte und mechanischer Belastung keine urticariellen Effloreszenzen. Magensaftuntersuchung ergab subacide Säurewerte. Blutbild: 13 600 Leucocyt., sonst unauffällig. Es fanden sich Zeichen einer vegetativen Dystonie. Therapie und Verlauf: Fermentsubstitution und Gaben von Sedativa besserten das Hautleiden.

Fall Nr. 79: Frau A. A., 41-jährig. F. A.: Ein Onkel leidet ebenfalls an Nesselsucht. E. A.: Menarche mit 13 Jahren; normaler und regelmäßiger Cyclus.

Jetzt: Leidet von Kindheit an an Nesselsucht, besonders im Frühjahr und Herbst, von Schwindelgefühl und Brechreiz begleitet.

Befund intern: RR 135/85 mm Hg; Blutbild: 10300 Leucocyt., 4% Eosinoph. Es wurden eine Vasolabilität und Zeichen einer vegetativen Dys-tonie festgestellt. Stuhluntersuchung auf Wurmeier negativ.

Therapie und Verlauf: Nach Gaben von Sedativa und symptomatischer Behandlung blieb die Patientin erscheinungsfrei.

Besprechung

In den genannten Fällen (75 - 79) waren Hyperhydrosis, starker positiver Dermographismus etc. als Hinweis auf eine Regulationsstörung des vegetativen Nervensystems festzustellen. Bei den Fällen 75 - 78 fanden sich als Begleiterscheinung bei der fraktionierten Magensaftuntersuchung subacide Säurewerte. In Fall 76 fand sich außerdem noch eine deutliche Empfindlichkeit gegen Wärme (positiver Wärmeversuch). Linksverschiebungen im Blutbild zeigten die Fälle 75, 78 und 79.

ad g) ILLIG (23) hat durch Untersuchungen physikalische Einwirkungen, wie Wärme, Kälte, Schweiß, auf die Haut zur Pathogenese der Urticaria sichergestellt. Während auf der einen Seite der Standpunkt vertreten wird (22,46), es handele sich um einen echten allergischen Vorgang bei diesem Geschehen, ist man gerade in neuerer Zeit immer mehr der Auffassung (54, 27), daß die sogenannte Urticaria e frigore und die Urticaria e calore reflektorisch auf dem Boden einer Vasoneurose zustande kommen. Der zuletzt genannte Verfasser schlägt daher die Benennung "Physikalisch bedingte Vasoneuropathie" vor. Als beweisend hierfür werden die nur selten positiv ausfallenden Prausnitz-Küstner'schen und Lehner-Rajka'schen Übertragungsversuche angesehen, die gegen eine allergische Reaktion im Sinne einer Antigen-Antikörperreaktion sprechen. Von der Wärmeurticaria abzutrennen ist die von MÖBEST (39), MARCHIONINI und OTTENSTEIN (37) u.a. beschriebene Schwitzurticaria, die durch Störungen im Säure-Basengleichgewicht hervorgerufen wird.

In unserem Krankengut fanden wir 7 Fälle mit chronisch recidivierender Ur-

ticaria, die sich nach physikalischen Einwirkungen von Kälte und Wärme, sowie durch Wärme und den eigenen Schweiß manifestierten.

Fall Nr. 80: Frl. B.I., 23-jährig.

Jetzt: Seit 2 Monaten, besonders beim Temperaturwechsel von Kalt nach Warm, an Armen und Beinen auftretende urticarielle Effloreszenzen. Subjektiv: starker Juckreiz. HNO-Klinik stellte eine leichte Tonsillitis fest.

Befund intern: RR 130/80 mm Hg; BSG mit 65/95 mm erhöht.

Therapie und Verlauf: Nach einer symptomatischen Behandlung und einer hochdosierten Calciocrin-Kur traten keine Hauterscheinungen mehr auf.

Fall Nr. 81: Frau O.G., 54-jährig. E. A. Menarche mit 13 Jahren; Menopause mit 49 Jahren. Mit 44 Jahren operative Beseitigung eines Ureterpolypen.

Jetzt: Seit 3 Jahren auftretende Hauterscheinungen, besonders während der Berufsausübung beim Wechsel von Kalt nach Warm (Patientin ist als Friseurin beschäftigt). Außerdem physische Aversion gegen die Well-Substanzen. Starker Juckreiz.

Befund intern: Bei orientierender Durchuntersuchung kein krankhafter Befund. Stuhl auf Wurmeier dreimal negativ. Kälte-Wärme-Versuch negativ. Epikutanteste mit 4 Welle-Präparaten negativ.

Therapie und Verlauf: Diätetische Maßnahmen und eine hochdosierte Calciocrin-Kur führten zur Erscheinungsfreiheit.

Fall Nr. 82: Frau S.S., 42-jährig. E. A.: Häufige Bronchitiden.

Jetzt: Seit 2 Monaten, besonders nach Abkühlung an unbedeckten Körperstellen auftretende Effloreszenzen. Patientin klagt über unbestimmte Magen-Darmstörungen. Die HNO-Klinik fand eine mäßige Hyperplasie der Rachen- und Gaumenmandeln, bei denen eine Adenotomie oder Tonsillektomie nicht indiziert war.

Befund intern: RR 120/80 mm Hg; stark ausgeprägter Dermographismus; "Vollhals" ohne Feststellung einer Hyperfunktion der Schilddrüse. Blutbild: 12 000 Leucocyt., sonst unauffällig.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung und einer hochdosierten Calciocrin-Kur blieb die Patientin ohne urticarielle Effloreszenzen.

Fall Nr. 83: Herr J.E., 47-jährig.

Jetzt: Seit ungefähr 5 Jahren bemerkt Patient, sowie er ins Kalte kommt,

urticarielle Effloreszenzen, die etwa 10 Min. nach Erwärmung wieder verschwinden.

Befund intern: RR 140/80 mm Hg, rotes und weißes Blutbild unauffällig. Stuhl auf Wurmeier dreimal negativ. Kälteversuch stark positiv.

Therapie und Verlauf: Sedativbehandlung und eine hochdosierte Calciocrin-Kur führten zur Besserung des Hautleidens.

Fall Nr. 84: Herr V. J., 53-jährig. E. A. Mit 40 Jahren trockene Rippenfellentzündung. Mit 42 Jahren wurde ein Herzmuskelschaden festgestellt.

Jetzt: Seit 2 Jahren, besonders im Sommer und in der Wärme auftretende Quaddeleruptionen.

Befund intern: RR 145/85 mm Hg; rotes und weißes Blutbild unauffällig. Stuhl auf Wurmeier dreimal negativ. Wärmeversuch positiv. Normacide Säurewerte des Magensaftes.

Therapie und Verlauf: Diätetische Maßnahmen und eine Calciocrin-Kur brachten Erscheinungsfreiheit.

Fall Nr. 85: Herr S. A., 49-jährig. F. A.: Eine Schwester leidet an Nesselsucht. E. A.: Mit 24 Jahren wurde eine Gastritis festgestellt. Urticarielle Effloreszenzen zum ersten Male vor 10 Jahren mit Beschwerden in der Lebergegend. Besonders treten die Hauterscheinungen in der Wärme auf.

Befund intern: RR 110/70 mm Hg. Blutbild: 13 800 Leucocyt., 5,4 Mill. Erythr. 110% Hb. Mehrmalige Stuhlkontrolle auf Wurmeier negativ. Wärmeversuch stark positiv.

Therapie und Verlauf: Durch eine symptomatische Behandlung und eine hochdosierte Calciocrin-Kur konnte der Hautprozeß nicht beeinflußt werden.

Fall Nr. 86: Herr P. S., 22-jährig.

Jetzt: Seit 4 Jahren nur bei körperlichen Anstrengungen (bei der Arbeit, beim Tennisspielen) und beim Schwitzen urticarielle Effloreszenzen über das ganze Hautorgan mit starkem Juckreiz, die sich nach einer halben Stunde wieder zurückbilden.

Befund intern: RR 125/80 mm Hg; rotes und weißes Blutbild unauffällig. Stark positiver Dermographismus. Wurmeier konnten bei mehrmaligen Stuhluntersuchungen nicht nachgewiesen werden. Wärmeversuch positiv; weiterhin: ließ man den Patienten mit Aspirin und heißem Tee unter dem Lichtkasten schwitzen, so traten urticarielle Effloreszenzen auf.

Therapie und Verlauf: Natrium bicarbon. (Schwankungen der Alka-

lireserve!) ohne Erfolg. Erst eine Decortin-Kur in Kombination mit sedierenden Maßnahmen (Miltäun) brachten eine Besserung.

Besprechung

In den Fällen 80 und 81 wird der plötzliche Temperaturwechsel von Kalt nach Warm bzw. von Warm nach Kalt von den Patienten selbst als Ursache für die auftretenden Hauterscheinungen genannt. Bei leichteren Fällen 82 und 83 zeigten sich die urticariellen Hauterscheinungen bevorzugt in der Kälte und z. B. abends beim Auskleiden. Dabei klagten die Patienten nicht so sehr über Kältegefühl als über den quälenden Juckreiz, der 10 min. nach Erwärmung wieder verschwand (Fall 83). Bei den weiteren Fällen kommt es in der Wärme (Fall 84 und 85), in Fall 86 bei Anstrengungen, starkem Schwitzen und Wärmeeinfluß zu Quaddeleruptionen. Über die Hälfte der Fälle zeigte einen positiven Dermographismus, den wir als Symptom einer Gleichgewichtsstörung im vegetativen Nervensystem schon bei anderen Gelegenheiten kennenlernten. KIRCHDORFER und KASSIAN (28) haben diesen Einfluß mit der von GRATZL und MARTIN angegebenen Vegetometrie in Form einer erhöhten Labilität des vegetativen Nervensystems mit überwiegender Neigung zu vagotoner Einstellung experimentell nachweisen können.

Obwohl in Fall 86 unter dem Lichtkasten durch Schwitzen urticarielle Effloreszenzen über das ganze Hautorgan festgestellt werden konnten, halten wir diesen Fall ex iuvantibus (Miltäun) und bei dem stark ausgeprägten Dermographismus für eine durch neuro-vegetative Störungen bedingte Wärmeurticaria. In den Fällen 82 und 85 war im weißen Blutbild die Anzahl der Leucocyten vermehrt (12000 bzw. 13800). Nur in einem Fall war die BSG mit 65/95 mm beschleunigt. Daß wir in keinem der Fälle, die wir anführten, eine Eosinophilie, einen Leucocytensturz nachweisen konnten, spricht gegen eine allergische Genese. Wir nehmen vielmehr an, daß es sich hier um eine Vasoneurose der Thermoreceptoren handelt (52).

6. Beschwerden

Charakteristisch für die geschilderten Fälle sind die immer wieder von Zeit zu Zeit auftretenden eruptiven Quaddelbildungen, die meistens 10-20 min. bestehen, um dann, ohne Residuen zu hinterlassen, wieder zu verschwinden. Die Quaddeln sind in ihrer Gestalt rundlich, oval oder - in seltenen Fällen - auch unregelmäßig. Die Farbe ist gewöhnlich rosig-rot oder porzellanartig weiß. Sie zeigen keine besonderen Prädispositionsstellen, sondern befallen

meistenteils das ganze Hautorgan. Besonders wird von den Patienten über den quälenden Juckreiz geklagt und subjektive Beschwerden wie Brennen, Ameisenkribbeln u. a. m. angegeben. Nicht selten treten Prodromalerscheinungen in Form von Unruhe und Unbehagen oder Mattigkeit und Kopfschmerzen auf.

Die bisher behandelten Fälle haben das Gemeinsame, daß sich an den inneren Organen auffällige Veränderungen abspielten, als deren Folge sich recidivierende Quaddeleruptionen als ein Symptom an der Haut manifestierten. Dabei sind die auftretenden Störungen jeweils von den Störungen des betroffenen Organes abhängig. So klagten z. B. die durch endokrine Störungen bedingten Fälle über dysmenorrhische (Fall 27) und klimakterische (Fall 30) Beschwerden. Treten die recidivierenden Quaddeleruptionen als ein Symptom einer Magen-Darmerkrankung auf, werden Brechdurchfall (Fall 37), häufige Obstipationen (Fall 50), Druckbeschwerden im Abdomen u. a. m. angegeben. Die zuletzt genannten Beschwerden treten in unserem Krankengut sehr häufig als Nebenerscheinungen bei nicht durch Magen-Darm-Störungen bedingten Fällen auf.

7. Klinische Untersuchungsmethoden

Das Blutbild gehört heute zu den laufenden klinischen Untersuchungsmethoden. Seine Bedeutung im Zusammenhang mit der chronisch recidivierenden Urticaria ist noch wenig untersucht und geklärt. GOTTRON (21) fand in einem Teil der Fälle im Blutbild eine Erhöhung der Erythrocytenzahl, BORS-MAN (2) stellte eine Abnahme der basophilen Leucocyten fest.

Tabelle IV gibt einen Überblick über das Blutbild bei den verschiedenen Urticaria-Gruppen. Wie GOTTRON (21) konnten wir in einer relativ hohen Anzahl der Fälle (25%) eine Erhöhung der Anzahl der Erythrocyten feststellen. Die Hämoglobinwerte lagen mit Werten bis zu 120% in 18% der Fälle gerade noch im Bereich physiologischer Schwankungen. Besonders zahlreich waren Veränderungen im roten Blutbild bei den durch Leber-Galle- und Stoffwechselerkrankungen und Magen-Darm-Störungen bedingten Fällen. Im weißen Blutbild fand sich in fast allen Gruppen eine leichte Linksverschiebung. Die Zunahme der eosinophilen Zellen bei den durch Infestation bedingten Fällen ist ohne weiteres verständlich und braucht nicht näher erörtert zu werden. Außerdem fand sich aber auch bei den durch Magen-Darm-Störungen und neurovegetative und psychische Störungen bedingten Fällen eine ausgesprochene Leucocytose (mehr als 11 000 Leucocyten) und Eosinophilie (mehr als 11%

TABELLE IV Blutbild bei den einzelnen Urticaria-Gruppen

Fall Nr.	Ätiologie	Hb	Erythr.	Leucocyten				Eosinophile			
		100-120%	5 Mill.	3-5000	5-10000	11-16000		1-3%	4-6%	7-10%	11-18%
1-23	Fokalfekt	5	5	3	11	5		7	6	4	4
24-33	Endokr. Störungen	-	-	-	7	3		3	3	2	2
34-38	Leber-Galle-Stoffwechsel-Störungen	1	2	-	5	4		1	6	1	1
39-57	Gastro-intestinale Störungen	9	10	3	12	3		6	8	3	-
58-68	Vermes	-	2	-	6	2		4	-	2	1
69-79	Neuro-veget. u. Psych. Störungen	2	* 2	-	7	4		4	3	2	2
80-86	Kälte-Wärme-Schweiß	-	2	1	3	3		4	2	1	-
87-92	Exogene - Endogene Fälle	1	2	-	5	1		3	2	1	-
93-100	Ungeklärte Fälle	-	-	-	5	3		4	2	1	-

eosinophile Zellen). Die pathogenetische Abklärung läßt sich in diesen Fällen auf Grund der klinischen Daten allein nicht durchführen. Wir glauben, daß es sich hier um eine Resorptionseosinophilie im Sinne ESSELIER's (14) handelt, die deutlich von einer allergischen eosinophilen Sofortreaktion durch ihren protrahierten Verlauf zu unterscheiden ist. Hierbei sind nach ESSELIER (15) die eosinophilen Granulocyten vornehmlich an jenen Vorgängen beteiligt, die zur Unschädlichmachung und Fortschaffung der durch endogene Störungen anfallenden eosinotaktischen Zerfallsprodukte dienen. Eine Eosinophilie leichten Grades war in ungefähr 40% der Fälle feststellbar (4-9% eosinophile Zellen).

Aciditätsverhältnisse

Als weitere klinische Untersuchungsmethode wurden in 66% der Fälle die Aciditätsverhältnisse im Magensaft untersucht. Es zeigte sich das in Tabelle V dargestellte Bild:

Tabelle V

Anzahl der Fälle	normacid	hyperacid	hypoacid	anacid
Prozentzahl	10%	11%	8%	1%
Prozentzahl	12%	12%	7%	5%
Summe	22%	23%	15%	6%

In 22% der untersuchten Fälle fanden sich normacide Säurewerte, gegenüber 23% mit hyperaciden, 15% mit hypoaciden und 6% mit anaciden Säurewerten des Magensaftes. Dabei konnte auch bei den durch Magen-Darm-Störungen bedingten Fällen kein deutliches Überwiegen einer Sekretionsform festgestellt werden (je 9% der Fälle zeigten hyperacide bzw. hypoacide, 3% anacide und nur 2% normacide Säurewerte des Magensaftes).

Blutdruck

Während sich die in 6% der untersuchten Fälle gefundenen erhöhten Blutdruckwerte (s. Tab. VI) im Einzelfall meist als Folgen des Grundleidens erklären ließen, war dies in 41% der Fälle mit erniedrigten Blutdruckwerten nicht möglich. Hier ist es an der Zeit, auf die Bedeutung des Histamins bei der chronisch recidivierenden Urticaria hinzuweisen.

Tabelle VI

Anzahl der Fälle	Blutdruck			BSG	
	normal	erhöht	erniedrigt	erhöht	normal
Prozentzahl	16 %	2 %	18 %	11 %	37 %
Prozentzahl	20 %	4 %	23 %	26 %	32 %
Summe	36 %	6 %	41 %	37 %	69 %

So fanden SURKES et al. (48), ferner WINKELMANN (58) und GARDNER (19) erhöhte Werte des Histaminspiegels im Blut bei den von ihnen untersuchten Fällen. Daher möchten wir zur Diskussion stellen, ob die oben beschriebenen Veränderungen im Blutbild und der Magensaftsekretion Auswirkungen des vermehrten Histaminanfalles sind; bekanntlich bewirkt Histamin unter anderem eine Senkung des Blutdruckes und eine direkte Steigerung der Drüsen- und Magensäuresekretion. Allerdings bleiben damit die Fälle mit hypoaciden und anaciden Säurewerten weiterhin ungeklärt.

BSG:

Die Blutsenkungsgeschwindigkeit ist als unspezifischer Indikator für einen im Körper sich abspielenden krankhaften Prozeß wichtig. Wir fanden (s. Tab. VI) in 37% der Fälle eine erhöhte BSG gegenüber 69% mit normalen Werten.

8. Diagnose

Die früher gern als diagnostische Hilfsmittel propagierten intracutanen bzw. cutanen Testmethoden sind bei der chronisch recidivierenden Form der Urticaria nur selten von praktischem Wert. So berichtet FLECK (18), daß bei 798 Urticaria-Fällen die Anzahl der verwertbaren positiven Reaktionen noch unter 10% liegt. STORCK und HOIGNE (51) propagierten die Verwendung von drei neuen Testmethoden, nämlich den "Thrombocyten-in-vitro-Test", den "Thrombocyten-in-vivo-Test" (Thrombocytenabfall nach Exposition = thrombopenischer Index) und eine nephelometrische Methode zum Allergennachweis bei Sensibilisierungen gegenüber Medikamenten. Es gelang den Autoren

in 42 Fällen von Urticaria, das Allergen mit dem "Thrombocyten-in-vivo-Test" 20-mal bei 3 Versagern festzustellen; mit dem "Thrombocyten-in-vitro-Test" gelang es 4-mal. Mit einer modifizierten nephelometrischen Methode des "in-vitro-Testes" erhielten sie 19 positive Ergebnisse ohne Versager. BERGQUIST untersuchte den thrombocytopenischen Index bei Kranken mit Prurigo Besnier und fand einen signifikanten Rückgang der Thrombocytenzahl. Inwieweit die angegebenen Testmethoden auch für die Diagnose der chronisch recidivierenden Form der Urticaria zutreffen, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht entschieden werden.

Tabelle VII gibt einen Überblick über den Untersuchungsgang bei c.r.U., der es dem Kliniker, aber auch dem praktischen Arzt ermöglichen soll, mit Hilfe einer exakten Anamnese und weniger Untersuchungsmethoden die recidivierenden Hauterscheinungen ätiologisch näher zu klären und therapeutisch anzugehen.

In der Eigen-Anamnese ist besonders auf Beschwerden von seiten des Magen- und Darmtractus, wie z. B. Obstipationen, Blähungen, Völlegefühl und Sodbrennen zu achten. Diese müssen durch Palpation, Durchleuchtung und fraktionierte Magensaftuntersuchungen geklärt werden. Weiterhin sind Focus- und Stoffwechselerkrankungen als Ursache für die Hauterscheinungen auszuschließen. Bei den weiblichen Patienten muß ferner nach Cyclusstörungen und Menstruationsanomalien gefragt werden. Immer wieder muß daran erinnert werden, daß die chronisch recidivierende Form der Urticaria nur ein Symptom einer bestimmten Krankheit darstellt. Diese muß diagnostisch erfaßt werden, will man die Urticaria wirksam therapeutisch angehen.

Bei der Durchuntersuchung der neuro-vegetativen und psychisch bedingten Urticariafälle ist auf vegetative Zeichen wie kalte Hände und Füße, Akroasphyxie, Cutis marmorata, starker positiver Dermographismus, Hyperhydrosis u.a.m. zu achten.

Zum Ausschluß einer durch Infestation bedingten Urticaria muß bei jedem Patienten grundsätzlich eine mehrmalige Stuhlkontrolle durchgeführt werden.

Positive Wärme- und Kälteversuche geben einen Hinweis auf eine Wärme- oder Kälte-Urticaria.

Bei der internen Untersuchung sollte das Augenmerk besonders auf Veränderungen im Blutbild (gesteigerte Erythrocytenzahl, Resorptionseosinophilie, Leucocytose), auf Blutdruck (erniedrigte Blutdruckwerte) und BSG (oft erhöht) gerichtet werden.

TABELLE VII Untersuchungsgang und Therapie bei der c.r. U. nach der Häufigkeit der Erscheinungen

Ätiologie	Anamnese	Untersuchungen	Therapie
Magen-Darm-Störungen	1. Akute Nahrungsmittelurticaria ausschließen. 2. Fragen nach Obstipationen, Blähungen, Völlegefühl, Sodbrennen, Ulcusanamnese	1. Palpation des Abdomens 2. Durchleuchtung, Rö-Untersuchung des Magens Darm-Traktes	1. Magenschonkost 2. Aufbau einer neuen Darmflora 3. Substitutionstherapie
Focus	Fragen nach Herderkrankungen bzw. deren Symptomen	1. Untersuchung d. Zähne 2. Untersuchung des Waldeyer'schen Rachenringes 3. Herddiagnostik durch Palpation (Appendicitis, Adnexitis, chron. Prostatitis)	1. Antibiotica 2. Operation 3. Pyrufer-Suchspritze
Endocrine Störungen	Frage nach Cyclusstörungen, klimakterische Beschwerden, Schwangerschaft	1. Gynäkologische Unters. 2. Grundumsatzbestimmung 3. Zwischenhirnfunktionsprüf.	Hormontherapie
Neuro-veget. und psych. Störungen	Fragen nach Familienverhältnissen und persönlichen Schwierigkeiten	Unters. auf Hyperhydrosis, positionen Dermographismus u. gesteigerte Reflexe	Sedierende Maßnahmen Wiederholte individuelle Aussprache
Infestation	Frage nach Wurmbefall	1. Mehrmalige Stuhlunters. bes. auf Ascaris lumbricoides 2. Blutbild	Piperazin-Präparate
Stoffwechsel-Störungen	Frage nach Leber- und Gallenblasenerkrankungen	1. Palpation v. Leber u. Gallenblase 2. Leberfunktionsproben 3. Urin- u. Blutzuckerunters.	Behandlung des Grundleidens
Wärme-Kälte-Schweiß	Frage nach Auftreten der Urticaria bei plötzlichem Temperaturwechsel, Anstrengung, Schwitzen	1. Wärme-Kälte-Versuch 2. Schwitzen unt. d. Lichtkasten 3. Unters. auf pos. Dermographism.	Hochdosierte Calciumkur

9. Therapie

Eine einheitliche Therapie der chronisch recidivierenden Urticaria ist wegen der vielseitigen Ursachen nicht möglich. Aus diesem Grunde läßt sich auch kein Therapieschema angeben; die therapeutischen Maßnahmen werden sich im Einzelfall immer nach der im Vordergrund stehenden ätiologischen Krankheit zu richten haben (s. Tab. VII). Oft ist es dabei notwendig, die verschiedensten Heilmethoden anzuwenden, um zum Ziele zu kommen. Neben der spezifischen Therapie bewährte sich in vielen Fällen eine symptomatische Behandlung durch Abführen mit Karlsbader Salz, 2 Tage Tee-Zwieback-Kost etc. Gegen den quälenden Juckreiz wurden kombiniert die Antihistaminica Omeril (3 x 1 Tabl. tagsüber) und Atosil (1 x 1 Tabl. abends) verordnet.

Therapie der durch einen Focus bedingten Urticaria

Meist führten chirurgische Maßnahmen zur Erscheinungsfreiheit. Außerdem zeitigten Antibiotica in Form von Terramycin-Kapseln (insgesamt 10,0 g) z.B. gute Erfolge.

Therapie der durch endokrine Störungen bedingten Urticaria

Bei der praemenstruellen Urticaria bewährte sich die Verabreichung von Diamox 5 (2 x tägl. 1 Tabl.), bei Cyclusstörungen Cyren B (5 mg) und Proluton-Depot (62,5 mg) und bei Störungen der Funktion der Nebenschilddrüse Parathormon (insgesamt 120 E/die).

Therapie der durch Stoffwechselstörungen etc. bedingten Urticaria

Bei Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes mellitus brachten diabetische Grundkost und Einstellung mit Insulin Erscheinungsfreiheit von Quaddeleruptionen. Gallenblasenerkrankungen wurden mit fettarmer Gallendiät, Cholagoga behandelt.

Therapie der durch Magen-Darm-Störungen bedingten Urticaria

Es bewährten sich Magenschonkost, weiterhin Zerstörung der Darmflora mit Aureomycin (insgesamt 6,0 g) sowie Wiederaufbau derselben mit Mutaflor

(2 Kapseln). Auch eine Substitutionstherapie mit Encynorm (3 x tägl. 3 Bohnen während der Mahlzeiten) oder Cirtopepsin (2-3 Drag./die nach dem Essen) wurden oft mit Erfolg angewandt.

Therapie der durch Infestation bedingten Urticaria

Verabreicht wurden die gebräuchlichen Wurmmittel wie Vermicym (5 x 5 Drag./die), Vermicompren (1 g/die, insgesamt 6 Tage), Hexylresorcin (mehrmals täglich 1,0 g). Außerdem wurde eine symptomatische Behandlung durchgeführt.

Therapie der durch neuro-vegetative und psychische Störungen bedingten Urticaria

Neben sedierenden Maßnahmen mit Megaphen (1 Tabl. am Nachmittag), Tinct.valeriana (12 Tropf.) und Belladenal (3 x tägl. 1 Tabl.) bewährte sich bei den Fällen mit psychischen Störungen wiederholte Aussprache mit dem Psychotherapeuten.

Therapie der Wärme-Kälte-Schweiß-Urticaria

Neben der symptomatischen Behandlung waren eine hochdosierte Calcium-Kur mit Calciocrin (2 x tägl. 10 ccm und mehr i.v.) und sedierende Maßnahmen (Miltan 3 x tägl. 0,2) von Erfolg.

Aus Tabelle VIII ist zu ersehen, daß 69% der Fälle erscheinungsfrei, 20% gebessert entlassen werden konnten. 11% blieben therapeutisch unbeeinflussbar. Weiterhin zeigt die Tabelle den Erfolg therapeutischer Maßnahmen bei den einzelnen Krankheitsgruppen. Besonders gut waren die durch einen Fokalfekt bedingten Fälle durch chirurgische Maßnahmen zu beeinflussen. Auch die durch Magen-Darm-Störungen hervorgerufenen Urticaria-Fälle (21), wurden durch Erneuerung der Darmflora oder Fermentsubstitution erscheinungsfrei (16) oder gebessert (4). Dabei kann an Hand der gegebenen Unterlagen nicht entschieden werden, inwieweit die als erscheinungsfrei entlassenen Fälle auch als endgültig geheilt zu betrachten sind. Relativ ungünstige Heilungstendenz zeigten die durch Leber-Galle- und Stoffwechselstörungen sowie neuro-vegetative und psychische Störungen bedingten Fälle. Zwar konnte bei letzteren in 7 von 12 Fällen Erscheinungsfreiheit erzielt werden, eine defi-

Fall-Nr.	Ätiologie	Therapie	Heilungserfolg	
1-23	Fokalinfekt	Chirurg. Entfernung d. Fokalherde. Sym- ptomat. Behandlung	erscheinungsfrei gebessert nicht gebessert	17 6 -
24-33	Endokrine Störungen	Hormontherapie Symptomatische- Behandlung	erscheinungsfrei gebessert nicht gebessert	7 1 2
34-38	Leber-Galle- Störungen	Cholagoga, Hepatica. Diätetische Maß- nahmen	erscheinungsfrei gebessert nicht gebessert	- 1 2
39-57	Gastro- intestinale Störungen	Erneuerung der Darm- flora. Fermentsubstitu- tion. Symptom. Behdlg.	erscheinungsfrei gebessert nicht gebessert	16 4 1
58-68	Vermes	Wurmmittel Symptom. Behdlg.	erscheinungsfrei gebessert nicht gebessert	9 1 1
69-79	Neuro-vegetat. u. psychische Störungen	Sedativa Psychotherapie	erscheinungsfrei gebessert nicht gebessert	7 2 3
80-86	Kälte-Wärme- Schweiß	Hochdosierte Calciumkur	erscheinungsfrei gebessert nicht gebessert	4 2 1
87-92	Exogen- endogene Fälle	Symptomat. Behand- lung, ätiologische Behandlung	erscheinungsfrei gebessert nicht gebessert	5 - 1
93-100	Ungeklärte Fälle	Symptomatische Behandlung	erscheinungsfrei gebessert nicht gebessert	4 3 -

Zahlen = Anzahl der Fälle

Tabelle VIII

nitivc Abheilung dürfte aber erst nach weiterer ausgiebiger psychotherapeutischer Behandlung bzw. entsprechender Weiterbehandlung durch den Hausarzt erreicht werden. Die symptomatische Behandlung wurde bei allen Gruppen, besonders aber bei den ätiologisch ungeklärten, mit Erfolg angewandt.

10. Prognose

Aus dem Gesagten ist zu folgern, daß die Prognose für die chronisch recidivierende Urticaria je nach Ursache als günstig (Fokalinfekt, Infestation) oder ungünstig (neuro-vegetative und psychische Störungen) bezeichnet werden muß. Wie Tabelle IX zeigt, ist die Heilungstendenz von der Dauer der Erkrankung abhängig. Bis zu 5 Jahren dauernde Fälle konnten therapeutisch immer beeinflußt werden. Bestanden die Hauterscheinungen im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen von Kindheit an, war meistens jede Therapie ohne nennenswerten Erfolg.

Tabelle IX

	1-11 Mon. %	1-5 Jahre %	6-9 Jahre %	10-20 Jahre %	20 J. %
Von 100 Fällen	28	51	10	5	6
Davon erscheinungsfrei	95	58,4	30	-	-
Gebessert	5	41,6	50	20	16,6
Nicht gebessert	-	-	20	80	83,4

III. EXOGEN-ENDOGEN BEDINGTE FÄLLE

Zum Abschluß sollen 6 Fälle besprochen werden, bei denen eine exogen ausgelöste akute oder akut-intermittierende Urticaria durch eine endogene Ursache manifestiert wurde. So traten bei einem früher schon besprochenen Fall (10) die ersten Quaddeleruptionen einige Tage nach einer Penicillininjektion auf, um von da an durch einen Focus (Zahngranulom) manifestiert, sich in regelmäßigen Abständen immer wieder zu zeigen.

Fall Nr. 87: Frau M. C., 48-jährig. E. A.: Menarche mit 14 Jahren, Menopause mit 45 Jahren. Keine postklimakterischen Beschwerden. Jetzt: Seit einem Monat nach dem Genuß von Weintrauben auftretende Quaddeleruptionen.

Befund intern: RR 140/90 mm Hg. Der Magensaft war bei fraktionierter Untersuchung hyperacide. Bei der Stuhluntersuchung fanden sich massenhaft Wurmeier von *Ascaris lumbricoides*.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung, Behandlung der Gastritis und einer Wurmkur traten auf Weintrauben hin keine urticariellen Effloreszenzen mehr auf.

Fall Nr. 88: Herr B. A., 31-jährig. E. A.: Ein Bruder leidet an Nesselsucht.

Jetzt: Seit 2 Jahren, besonders nach dem Genuß von Erdbeeren, Tomaten etc. auftretende urticarielle Effloreszenzen.

Befund intern: RR 125/90 mm Hg; fraktionierte Magensaftuntersuchung ergab eine hyperacide Gastritis. Die Helisenteste waren sämtlich negativ.

Therapie und Verlauf: Nach dem Aufbau einer neuen Darmflora und symptomatischer Behandlung blieb der Patient erscheinungsfrei.

Fall Nr. 89: Herr F. E., 55-jährig. E. A.: Häufig in Behandlung wegen Magenbeschwerden.

Jetzt: Seit mehr als 20 Jahren nach Sonnenbestrahlung und Nahrungsaufnahme (konserviertes Fleisch) Urticaria-Schübe, die nach 24 Stunden wieder verschwanden. Bisherige Behandlung: Calciumspritzen.

Befund intern: RR 130/90 mm Hg; Blutbild: 100% Hb., 10 300 Leucocyten, davon 8% Eosinoph. Bei der fraktionierten Magensaftuntersuchung fanden sich subacide Werte. Keine Wurmeier im Stuhl.

Therapie und Verlauf: Symptomatische Behandlung, Substitutionstherapie sine effectu.

Fall Nr. 90: Herr D.A., 63-jährig. E. A.: Angeblich immer gesund gewesen.

Jetzt: Seit ungefähr einem Monat, besonders beim Genuß von Alkohol (Patient ist von Beruf Winzer!) auftretende Urticaria-Schübe.

Befund intern: Es fand sich röntgenologisch ein Lungenemphysem, außerdem eine hyperacide Gastritis. Intracutane Helisenteste mit Ei, Milch, Fisch u. a. m. fielen negativ aus.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung sowie Behandlung der Gastritis blieb der Patient erscheinungsfrei.

Fall Nr. 91: Herr B.K., 56-jährig. E. A.: Rheumatische Beschwerden.

Jetzt: Seit 6 Wochen, besonders nach dem Essen, auftretende urticarielle Schübe; dabei plötzliche Übelkeit und Erbrechen. Häufige Obstipationen.

Befund intern: RR 135/85 mm Hg; Blutbild im Bereich der Norm. Bei der Röntgenuntersuchung wurde eine erhebliche Gastroduodenitis festgestellt.

Therapie und Verlauf: Nach diätetischen Maßnahmen und einer Umstimmung der Darmflora konnte der Patient erscheinungsfrei entlassen werden.

Fall Nr. 92: Frau D.F., 53-jährig. F. A.: Mutter leidet an Herzasthma. E. A.: Lungenspitzen-Tbc. Zweimal operiert wegen "Darmverwachsungen".

Jetzt: Vor 4 Monaten wurde eine Grippe mit Chinin behandelt. 2 Wochen später traten erstmals urticarielle Erscheinungen auf. Häufige Obstipationen.

Befund intern: RR 130/90 mm Hg. Bei der fraktionierten Magensaftuntersuchung fanden sich subacide Säurewerte.

Therapie und Verlauf: Nach symptomatischer Behandlung und Substitutionstherapie blieb die Patientin erscheinungsfrei.

Besprechung

In den Fällen 87 - 93 führte eine nicht allergische Magen-Darm-Störung zu einer sekundären Nahrungsmittel-Urticaria (Fall 87 - 91) bzw. Arzneimittel-Urticaria (Fall 92). Daß es sich dabei nicht um eine allergische Schockwirkung des Magen-Darmtraktes nach Resorption von Nahrungsmitteln handelt, dafür sprechen die durch röntgenologische und bakteriologische Untersuchungen gesicherten Magen-Darm-Störungen. Außerdem waren in verschiedenen Fällen (88 und 90) durchgeführte Helisenteste negativ.

Tabelle X

Fall-Nr.	Beschwerden	Nebener- scheinun- gen	Blutbild Blutdruck Acidität	Therapie	Heilungs- erfolg
93 K. E. 38	Juckende U. - Schübe seit 2 1/2 Jahren	Kreislauf- störungen, vegetat. Über- erregbarkeit	Leuco 12600 RR 140/80 normacide Säurewerte	Symptom. Behdlg.	erscheinungs- frei
94 N. J. 50	Seit 2 Mon. auftretende U. - Schübe	Beginnendes Lungen- emphysem	RR 130/80 hyperacide Säurewerte	Symptom. Behdlg.	erschei- nungsfrei
95 P. J. 50	Besonders bei Kälte auftre- tende U. - Schübe	Stuhlblutun- gen (Ca!)	RR 120/80 normacide Säurewerte	Symptom. Behdlg.	erschei- nungsfrei
96 O. W. 48	Seit 1 Mon. bestehende urtic. Effl.	-	RR 150/90 7% Eosin.	Symptom. Behdlg.	erschei- nungsfrei
97 G. R. 22	Seit 2 Mon. unabhängig vom Essen urtic. Effl.	veget. Labili- tät, bohnen- gr. Drüse i. Ber. d. Unterkiefers	RR 105/70 hyperacide Säurewerte	Symptom. Behdlg.	gebessert
98 H. M. 30	Seit 2 Jahren alle 2-4 Wo- chen urtic. Effl.	-	RR 115/70	Symptom. Behdlg.	gebessert
99 R. W. 51	Seit 1 Jahr urtic. Effl. abhängig vom Essen	Leichte chron. Ton- sillitis	RR 120/75 hypoacide Säurewerte	Symptom. Behdlg. Ferment- substanz.	gebessert
100	Seit 3 J. bes. i. d. Kälte auftre- tende Urti- caria	Perniosis	RR 140/80 normacide Säurewerte	Symptom. Behdlg.	erschei- nungsfrei

IV. UNGEKLÄRTE FÄLLE

Die in Tabelle X skizzierten Fälle konnten trotz sorgfältiger Anamnese und fachärztlicher Untersuchungen ätiologisch nicht geklärt werden. Oft war ohne spezifische Therapie mit symptomatischer Behandlung eine spontane Rückbildung der Hauterscheinungen zu beobachten. Inwieweit hier unerkannt gebliebene Noxen endogenen Ursprungs eine Rolle spielen, kann nicht beurteilt werden.

V. ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden in der vorliegenden Arbeit 100 Erkrankungsfälle mit chronisch recidivierender Urticaria, die in den Jahren 1951 - 1959 in der Dermatologischen Klinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz behandelt worden waren, im Vergleich mit den Ergebnissen in der Literatur analysiert. Dabei stand die chronisch recidivierende Urticaria als ein Symptom interner Erkrankungen (speziell Magen- und Darmstörungen) im Vordergrund. Es zeigte sich, daß von der chronisch recidivierenden Form der Urticaria besonders Patienten in der 3.-6. Lebensdekade (83% der Fälle) befallen sind, davon Frauen häufiger (56% der Fälle) als Männer (44% der Fälle). Eine Vererbung der Erkrankung war nicht feststellbar. Lediglich das Vorkommen von c.r.U. bei 10% der Fälle in der Familienanamnese legt die Vermutung nahe, daß eine gewisse Disposition für die Erkrankung vererbt werden kann. Am häufigsten sind die recidivierenden Quaddeleroptionen in den Monaten März - Juli (70% der Fälle). Die übrige Jahreszeit ist kaum von Bedeutung. Als Ursache für das Zustandekommen der c.r.U. wurden folgende ätiologische Faktoren diskutiert:

- 1.- Manifestation der c.r.U. durch einen Fokalinfekt.
- 2.- Manifestation der c.r.U. durch endokrine Störungen.
- 3.- Manifestation der c.r.U. durch Leber-Galle- und Stoffwechselstörungen.
- 4.- Manifestation der c.r.U. durch gastro-intestinale Störungen.
- 5.- Manifestation der c.r.U. durch Infestation.
- 6.- Manifestation der c.r.U. durch neuro-vegetative und psychische Störungen.
- 7.- Manifestation der c.r.U. durch Wärme, Kälte und Schweiß.

An Beschwerden wurden von den Patienten quälender Juckreiz, Brennen, Ameisenkribbeln u. a. m. angegeben. Nicht selten traten Prodromalerscheinungen in Form von Unruhe und Kopfschmerzen auf. Bei den klinischen Untersuchungen fanden sich Veränderungen im Blutbild (Vermehrung der Erythrocyten und der eosinophilen Zellen) besonders bei den durch Magen-Darm-Störungen und neuro-vegetativ und psychisch bedingten Fällen. Bei der Untersuchung der Aciditätsverhältnisse ergab sich folgendes Bild: 22% der Fälle hatten normacide Säurewerte gegenüber 23% mit hyperaciden, 15% mit hypoaciden und 6% mit anaciden Säurewerten. Dabei konnte auch bei den durch Magen-Darm-Störungen bedingten Fällen kein deutliches Überwiegen einer Sekretionsform festgestellt werden. In 41% der Fälle fanden sich erniedrigte Blutdruckwerte, in 37% der Fälle war die BSG erhöht.

Durch eine tabellarische Übersicht, die den Untersuchungsgang bei der chronisch recidivierenden Urticaria nach der Häufigkeit der Erscheinungen zeigt, soll besonders dem Kliniker, aber auch dem praktischen Arzt die Diagnose dieses komplexen Krankheitsbildes erleichtert werden. Hierbei wurden außer den oben angegebenen klinischen Untersuchungsmethoden eine dreimalige Stuhluntersuchung auf Wurmeier und die Untersuchung des Magen- und Darmtractus für jeden Fall von c. r. U. empfohlen.

Eine einheitliche Therapie ist wegen der vielseitigen Ursachen nicht möglich und die therapeutischen Maßnahmen werden sich im Einzelfall immer nach der im Vordergrund stehenden ätiologischen Krankheit zu richten haben. Neben der spezifischen Therapie bewährte sich in vielen Fällen eine symptomatische Behandlung.

Die Prognose wird mit zunehmender Dauer der Erkrankung ungünstiger und ist von der Beeinflußbarkeit des Grundleidens abhängig.

Für weitere Untersuchungen dürfte es interessant sein, die Höhe des Histaminspiegels im Blut im Zusammenhang mit Blutdruckhöhe und Magensaftsekretion bei Fällen mit chronisch recidivierender Urticaria zu untersuchen.

VI. LITERATURANGABEN

1. BERGQUIST, G. and NILZEN, A. : The Thrombocyte Index after injection of Staphylococcus vaccine in man,
Acta Dermato-venereol. 40, 1, 58 (1960)
2. BORSMANN, H. :
Basophil Leucocytes and Urticaria,
Acta Dermat. Syph. 183, 287 (1942)
3. BOUFFDRA, P. :
Dix cas d'urticaires chroniques paradoxaes,
Bull. franç. Derm. 66, 474 (1950)
4. BRAKIER, T. :
Urticaire et alcaline,
Rev. Méd. Liège 10 (1955)
5. BRISTOW, V. G. :
Urticaria,
Med. I. Austral. II, 441 (1955)
6. BURGESS, N. :
Chronic Urticaria,
Brit. M. J., S. 662 (1939)
7. CERANKE-HÖFERMAYER, S. und LINDEMAYR, W. : Chronische Urticaria und Psyche,
Hautarzt 5, 460 (1954)
8. CLEMENT, R. et Riant, I. : Urticaire hyperfolliculinique de la puberté,
Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, VI, 519 (1941)
9. DELBANCO, E. :
Zur Geschichte der fokalen Infektion,
Derm. Wschr. 56, 215 (1913)
10. DOMARUS, A. :
Urticaria und Echinococcus,
Grundriß der inneren Medizin,
14./15. Auflage, S. 289 (1946)
11. ECKHOUTTE, P. :
Urticaria als prodroom van hepatitis,
Belg. Aschr. geneesl. 11, 92 (1955)
12. EDERLE, W. :
Urticaria und Nervensystem,
Wissenschaftl. Verlagsges. Stuttgart 1947
13. EISENBERG, B. C. :
Management of chronic urticaria - Etiol.,
diagnose drug therapy of chronic Urticaria,
I. Ann. M. Assoc., S. 169 (1959)
14. EPSTEIN, S. :
Progresses allergy, allergic skin diseases,
eczema-urticaria-drug Eruptions (critical
review of recent literature),
Ann. Allergy 3, 301-324 (1945)
15. ESSELIER, A. F. :
Allergie und Eosinophilie,
Schweiz. Med. Wschr. 87, 26 (1957)
16. FASAL, P. :
Urticaria nach Mohngeuß,
Derm. Wschr. 101, 1268 (1935)

17. FINK und JAY: Note on therapy of allergic manifestation of the skin,
J. Allergy 5, 615 (1934)
18. FLECK, M. : Allergische Krankheiten und toxische Schädigungen der Haut, in:
Gottron-Schönfeld III, 268 (1958)
19. GARDNER, L. : Emerging patterns of organic metabolism: with special reference to histamine,
J. Allergy 30, 479-483 (1959)
20. GOLZ, H. H. : Malaria and Urticaria,
Ann. Allergy 4, 293 (1946)
21. GOTTRON, H. H. : Normale und krankhafte Steuerung im menschlichen Organismus,
G. Fischer Verlag, Jena 1937
22. HANSEN, K. : Urticaria, Quincke-Ödem und verwandte Zustände,
Allergie, 3. Aufl., S. 763 ff (1953)
23. ILLIG, L. : Die urticarielle Kältereaktion als klinisches Modell für Untersuchungen zur Pathogenese und Therapie der Urticaria,
Arch. Derm. Syph. 195, 549-578 (1953)
24. JADASSOHN, W. : Allergiestudien bei der Ascaridenidiosynkrasie,
Arch. f. Derm. 156, 690 (1928)
25. JANCIC, M., URCEL, S. : Pancreatic function in chronic urticaria,
Med. Glas. 13, 541 (1959)
26. JOCHWEDS, B. : Focus of infection in a case of severe urticaria,
Polski tygod. lek., 9, 689 (1954)
27. JOKOVIC, L. : Cold urticaria mechanism of exhaustion in reaction to cold,
Acta Med. Jugosl. 13, 307-312 (1959)
28. KIRCHDORFER, A. und KASSIAN, A. : Zur Therapie der Kälteurticaria, Therapie d. Gegenwart 5, 161 ff (1956)
29. KRAFT, B. : Psychological components in chronic urticaria,
Acta Allergy 13, 469-475 (1959)
30. KREIBISCH, C. und SOBOTKA, P. : Experimenteller Beitrag zur psychischen Urticaria,
Arch. f. Dermat. 97, 187 (1909)

31. LANDAU, S. W. : Urticaria: Etiology and pathogenesis, Clinics 5, 467-481 (1948)
32. LIEDER, L. E. and PENNOCK, L. L. : Etiological approach to chronic urticaria, Ohio State M. J. 42, 1035-1042 (1946)
33. LINDEMAYR, W. : Ätiologische Probleme bei chronischer Urticaria. Die Bedeutung des Gastrointestinaltraktes, Derm. Wschr. 130, 1343-1352 (1954)
34. LOHMANN, D. : Verdauungskrankheiten, Dt. Ztschr. 16, 230 (1956)
35. LUNDBAEK, K. : Über das Quincke'sche Ödem. Eine Übersicht mit Mitteilungen eines familiären Auftretens, Bibl. Laeg. 130, 345-370 (1938) Dänisch
36. LUTZ, W. : Infektionskrankheiten, Dermatologica 105, 67 (1952)
37. MARCHIONINI, A. und OTTENSTEIN, B. : Schwitzurticaria. Physikalisch-chemische Untersuchungen zur Pathogenese urticarieller Erkrankungen, Arch. f. Dermat. 163, 61 ff (1931)
38. MARKEL, J. : Chronic relapsing urticaria and angio-neurotic edema. Report of a case with associated pancreatic insufficiency and relief by oral administration of deinsulinized pancreatic extract, Arch. of Dermat. 39, 992 (1940)
39. MÖBEST, H. : Eine durch periphere Schweißbildung ausgelöste Urticaria, Sonderdruck Ztschr. Haut- u. Geschl. -krht. XV, 7, 222 (1953)
40. NEVES, H. : Urticaria: Clinical interpretation and therapeutic management, Jaz. Med. Port 12, 359 (1959)
41. ORDMAN, D. : Urticaria: an aetiological problem and therapeutic challenge, S. Afr. Med. J. 33, 965-970 (1959)
42. PAVLOV, S. : On the problem of the pathogenesis of urticaria, Vestn. Derm. Vener. 33, 3 (1959)

43. PRIETO, G. : Experimentelle Untersuchungen über einen Fall von chronisch-recidivierender Urticaria, Arch. Dermat. Syph. 183, 287 (1942)
44. RAJKA, E. : Klinische Beziehungen der Zusammenhänge zwischen dem neuroendokrinen System und der Allergie, Allergie u. allergische Erkrankungen I, 381 ff (1959)
45. RAWLS, W. und ANCONA, Ch. : Chronic urticaria associated with hypochlorhydria or achlorhydria, Gastroenterol. 18, 267-271 (1951)
46. ROTHMANN, S. : Urticarial reactions to physical stimulation, Hautarzt 10, 4-8 (1959)
47. SHELDON, I. M. : The vexing urticaria problem: present concepts of etiologic and management, J. Allergy, S. 525 (1954)
48. SURKES, A. W. : Bluthistaminbestimmungen nach intravenöser Adrenalininjektion bei allergischen und neurovegetativen Störungen, Schweiz. Med. Wschr. 78, 662 (1949)
49. STEINHARDT und Mitarbeiter: Über das Ekzem, Dtsch. Med. Wschr. 37, 1384 (1954)
50. STOKES und Mitarbeiter: Effect of the skin of emotional and nervous states, Arch. of Dermat. Syph. 31, 470 (1935)
51. STORCK, H. und HOIGNE, R. : Thrombocyten und Serologie bei medikamentösen Hautallergien, Dermatologica 112, 405 (1956)
52. URBACH and GOTTLIEB: Chronic urticaria, Allergy II, Ed. Grune and Stratton (1946)
53. UNGER, A. H. : Chronic urticaria: Association with dental infections, Southern Med. J. 53, 178 (1960)
54. URBACH, E. : Allergische oder pathergische Urticaria, Münch. Med. Wschr. 52/53, 2045 (1946)
55. VALLERY-RADOT, PASTEUR: Urticaire par desequilibre vago-sympathique, Bull. Soc. Méd. Hôp. VIII, 221 (1944) Paris
56. VOLVASEK, W. : Der Leberstoffwechsel bei verschiedenen Dermatosen, Arch. Derm. Syph. 184, 271 (1943)

57. WALDBOTT, G. : An etiological survey of chronic urticaria, Progr. Allergy II, 236-245 (1949) Basel
58. WINKELMANN, R. : Chronic urticaria: Histamin liberation in chronic urticaria, classif, Proc. Mayo Clinic 32 (1957)
59. WINZENRIED, F. J. und GEHLEN, K. : Relations of chronic urticaria to circular vital depressive states, Arch. Psychiat. Nervenkr. 200, 52-65 (1959)
60. ZONDEK, B. and BROMBERG, Y. M. : Endocrine allergy. allergic sensitivity to endogenous hormones, J. Allergy 16, 1-16 (1945)

Am Schluß der Arbeit möchte ich es nicht versäumen, Herrn Professor Dr. med. O. Braun-Falco für die Überlassung des Themas und die freundliche Unterstützung bei der Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

LEBENS LAUF

Am 26. IX. 1936 wurde ich als Sohn der Eheleute Regierungsmedizinalrat Dr. Peter Schmitt und Dr. Maria Schmitt, geb. Seiwert, in Wuppertal-Barmen geboren. In den Jahren 1942 - 1947 besuchte ich Volksschulen in Koblenz/Rhein und Bassenheim/Eifel.

Am Görres-Gymnasium in Koblenz genoß ich eine gründliche humanistische Ausbildung. Mein Abitur bestand ich am 24. II. 1956 in Koblenz.

Im Sommersemester 1956 immatrikulierte ich mich an der Medizinischen Fakultät in Bonn. Meine Studien führten mich dann nach Mainz, wo ich am 27. II. 1959 mein Physikum bestand. Mit dem klinischen Studium begann ich im Sommersemester 1959 in München. Vom Wintersemester 1959/60 an studierte ich weiter in Mainz. Ich beschloß mein Studium in Würzburg, wo ich im Juli 1962 mein Staatsexamen bestand.

